Lane Medical Library

Die auf der Universitäts-Ohrenklinik in Halle während des letzten Decenniums beobachteten Fälle von Erysipelas.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Freitag den 23. November 1894, Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Otto Liebe

aus **Purzien** (Prov. Sachsen).

Referent: Herr Geh. Med. Rat Prof. Dr. Schwartze.

Opponenten:
Herr cand. med. **Oswald Gossmann.**
Herr cand. med. **Johannes Elschner.**

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1894.

Imprimatur

Prof. Dr. **Ackermann**

h. t. Decanus.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0194

Die Geschichte des Erysipels reicht wie die so vieler anderer Krankheiten bis auf Hippocrates zurück, und zwar sind seine Beobachtungen so scharf gewesen, dass eigentlich bis auf die letzte Vergangenheit nicht viel neues hinzugekommen ist. Ihm war die Thatsache bekannt, dass es häufig von kleinen, unbedeutenden Wunden ausgeht, dieselben sich aber nicht immer nachweisen lassen, und dass es mit Vorliebe am Kopfe auftritt. Auch hielt er die Möglichkeit aufrecht, dass die Entzündung nicht streng an die Haut und das Unterhautzellgewebe gebunden sei, sondern auch innere Organe befallen könne. Die Ursache sah er in Fluxion des Blutes nach den erkrankten Hautpartieen und schuldigte dafür Witterungsverhältnisse an, indem ihm auffiel, dass die Krankheit zu gewissen Zeiten häufiger auftrat. Galen führte dann die Entstehung auf Störungen in der Gallenabsonderung zurück. Diese Annahme in Verbindung mit gastrischen Unreinlichkeiten, Gemütsbewegungen, Ärger, Zorn und Schreck blieb dann massgebend bis über die Mitte unseres Jahrhunderts hinaus; der Anstoss, welcher die biliöse Natur der Rose zu Falle brachte, ging von England aus, indem dort die Contagiosität der Krankheit hervorgehoben wurde. Damit wurde die Discussion auf ein Gebiet hinübergeleitet, für welches sich die gesammte medicinische Welt aufs lebhafteste interessierte: die Lehre von den Infectionskrankheiten. In Deutschland betonte zuerst Volkmann mit aller Schärfe,

dass das Erysipel eine Krankheit sui generis sei. Auf Grund klinischer Beobachtung kommt er zu dem Schlusse, dass „zunächst die Entzündung der Haut als eine örtliche, von den Wirkungen eines besonderen, giftigen Stoffes abhängige Störung entsteht, und dass von diesem primären Heerde aus nur die allgemeine Störung, die Infection der gesammten Blutmasse ungeheuer rasch vor sich geht.“ Sein grosses Verdienst ist es auch, das Wirrwarr der Rose gesichtet zu haben. Unter dem Namen Erysipelas fasste man offenbar ganz verschiedene Processe zusammen Phlegmone, Urticaria, Lymphangoitis und Puerperalfieber. Er sonderte es von diesen ab als „eine eigentümliche, scharf begrenzte Entzündung der Hautdecken, welche sich durch ihre Neigung zur raschen Ausbreitung in die Fläche auszeichnet, von relativ schweren Allgemeinerscheinungen begleitet ist, gleichwohl aber mit einer raschen Resolution und einer vollständigen restitutio ad integrum der erkrankt gewesenen Partieen zu enden pflegt“. Wie er nun so einerseits alles nicht dazu Gehörige abstreifte, so ist er andererseits entschieden dagegen aufgetreten, innerhalb der Krankheit selbst noch ein Erysipèle traumatical und idiopathique zu unterscheiden, eine Errungenschaft die auch heute noch nicht Gemeingut aller Autoren geworden ist. Für diese durchweg massgebende Auffassung der Krankheit fehlte jedoch noch die experimentelle Beibringung, die sehr bald erfolgen sollte. Volkmanns Arbeit war zu einer Zeit erschienen, als das Interresse aller naturwissenschaftlich gebildeten Männer aufs lebhafteste für die kleinsten Lebewesen erregt war. Obgleich erst im Beginn der Entwickelung auf diesem Gebiete, schoss man doch auch schon geblendet von den Erfolgen weit über das Ziel hinaus. Microorganismen wurden bei den Krankheiten gefunden und ohne weiteres als Ursache derselben angesehen, obwohl sie gewöhnlich ganz allgemein verbreitet waren. Wo die Thatsachen und technischen Hilfsmittel im Stiche liessen, da verstieg man sich zur Speculation. Da bei den verschiedensten, klinisch

scharf getrennten Krankheiten dasselbe Microsporon gefunden wurde, so hatten diese eben dieselbe Ursache und konnten somit in einander übergehen. In jener Zeit glaubte man für jede Krankheit den Erreger gefunden zu haben, so natürlich auch vom Erysipel. Die ersten bestimmteren Angaben über das Vorkommen von Erysipelcoccen machte der Franzose Nepveu 1870. Dieser liess auch, wahrscheinlich um sich das Recht der Priorität zu sichern, nach Fehleisens allgemein beachteten Publikationen einen Neuabdruck dieser Arbeit erscheinen Ihm folgten dann im Laufe der siebziger Jahre noch mehrere Forscher, die einen Coccus bei der Rose sahen und beschrieben. Dass sie den echten, jetzt allgemein als solchen anerkannten gesehen haben, ist zum mindesten zweifelhaft, zumal er in der Mehrzahl der Fälle aus dem Blute isoliert wurde, wo dieser nicht oder doch nur sehr selten vorkommt; jedenfalls ist in keinem Falle der Beweis für seine Specifität erbracht. Dieses war erst möglich, als von Koch mit dem Kulturverfahren eine exakte, wissenschaftliche Forschung in die Bakteriologie eingeführt wurde. Nun wurde 1883 durch Fehleisen allen Anforderungen dieser neuen Richtung genügend die Frage nach der bakeriellen Natur des Erysipels gelöst. Der Streptococcus Erysipelatis (Fehleisen) wurde von ihm in jedem Falle gefunden, in der Kultur isoliert und durch viele Generationen hindurch gezüchtet; durch Impfung mit letzteren wurde bei Thieren und Menschen wieder typisches Erysipel hervorgerufen. Es unterlag keinem Zweifel, hier konnte es sich nur um den echten Krankheitserreger handeln, und die Versuche wurden von allen Seiten als einwandsfrei anerkannt, zumal hierdurch von neuem die alte klinische Auffassung des Erysipels als einheitliche, selbstständige Krankheit bestätigt wurde. Da fand Rosenbach im folgenden Jahre den Streptococcus pyogenes im Eiter, einen dem Fehleisen'schen auffallend ähnlichen Microorganismus. Diese Ähnlichkeit hielt R. selbst nur für eine zufällige, da es nicht recht denkbar

wäre, dass so verschiedene, typische Processe durch dieselbe Ursache erzeugt werden könnten. Nun entstand jedoch ein Streit um die Identität beider, der bis jetzt noch fortdauert und auch auf dem letzten internationalen Congresse zu Rom Gegenstand der Erörterung war. Es ist hier nicht der Ort alle die Arbeiten, wie sie im letzten Decennium zahlreich für und wider erschienen sind, aufzuführen; nur die eingeschlagenen Bahnen und Resultate seien wegen der Wichtigkeit der Frage einer kurzen Bespechung unterzogen.

Zur Differencierung zweier Microben stehen uns zu Gebote: 1. morphologisches Aussehen, 2. Verhalten in den Kulturen und 3. Wirkung im Thierexperimente. Wenn nun einzelne Beobachter in erstem differentielle Merkmale in dem Farbentone oder in geringen Grössenunterschieden haben finden wollen, so konnten es doch andere Forscher nicht bestätigen; und allgemein ist man jetzt darin einig, dass microscopisch beide Coccen nicht von einander geschieden werden können. Ebenso wenig ist irgend ein differentialdiagnostischer Anhalt in Aussehen oder Art des Wachstums der Colonieen auf bestimmten Nährböden gefunden. Es muss diese Thatsache als sehr wichtig hervorgehoben werden. Alle Experimentatoren haben nun ihr Augenmerk auf das Thierexperiment gerichtet, sind dabei aber bisher noch nicht zu einheitlichen Resultaten gelangt. Ein Teil fand, dass die von Erysipel gezüchteten Coccen auf das Kaninchen verimpft stets wieder Erysipel erzeugten, ein anderer erhielt mit Eiterung complicierte Processe und behauptete nun Puerperalfieber, Lymphangoitis, Phlegmone und Erysipel werden durch dieselbe Ursache hervorgerufen und stellen somit nur Modificationen einer einheitlichen Erkrankung dar. Da hierbei die Thatsachen im Stiche liessen, nahm man seine Zuflucht zu Hypothesen und suchte die Erklärung für das wunderbare Verhalten dieser Coccen in einer Änderung ihrer Virulenz und einer verschiedenen Reaction der einzelnen Gewebe. Diesen Auffassungen

müssen wir uns jedoch mit einem berechtigten Misstrauen nähern, fehlt uns doch hierin jegliche Analogie in der Bakterienkunde. Und Hypothesen haben nur dann eine Berechtigung auf Wahrscheinlichkeit, wenn sie die gegebenen Thatsachen gut zu erklären vermögen. Ist das aber hier der Fall? Man läuft Gefahr Krankheitsbilder wieder zusammenzuwerfen, die mühsam klinisch abgegrenzt wurden, die in ihrem Verlaufe eine ganz verschiedene Prognose verheissen und ganz entgegengesetztes ärztliches Eingreifen erfordern. Die klinische Beobachtung und die Erfahrung, dass die übrigen Infectionskrankheiten jede durch eine specifische Noxe hervorgerufen werden, soweit sie überhaupt einwandsfrei nachgewiesen ist, drängt unbedingt zu der Annahme der Specifität des in jeder Beziehung in sich abgeschlossenen Erysipels. Dass das Laboratorium zum teil noch zu anderer Annahme kommen konnte, müssen wir in der Mangelhaftigkeit der Experimente suchen; sind diese ja doch nicht einwandsfrei. In keinem Falle ist bis jetzt, wo noch microscopisch wahrnehmbare Unterschiede fehlen, der Beweis zu erbringen, ob die Kultur nur rein den Eiter- oder Erysipelcoccus oder beide neben einander enthält; weshalb auch das Resultat der Impfungen ein wechselndes sein kann, indem je nach dem Überwiegen des einen oder anderen auch die eine Krankheitsform überwiegen oder beide neben einander gemischt auftreten können. Zu denken giebt auch die Thatsache, dass es nicht gelingt durch direktes Verimpfen von Erysipel dasselbe wieder zu erzeugen, sondern dazu immer durch einige Generationen hindurch gezüchtete Kulturen erforderlich sind, was doch bei Eiterung nicht nötig ist.

Diagnose. Dass die Frage nach der Contagiosität der Rose durch die bakteriologischen Untersuchungen endgültig im bejahenden Sinne entschieden ist, kann wohl nicht mehr bezweifelt werden; jedoch sind die Arbeiten noch nicht so weit gediehen, wie bei anderen Infections-

krankheiten so auch hier durch das Microscop in jedem Falle die Diagnose sichern zu helfen. Hier muss unbedingt noch die Beobachtung am Krankenbette, die in der Jetztzeit durch das Laboratorium fast zu sehr eingeschränkt wird, in ihren alten Rechten bestehen bleiben. Es ist entschieden Verwahrung dagegen einzulegen, dass in der Litteratur von zweifelhafter Diagnosenstellung die Rede ist, wenn dieselbe nicht durch den Nachweis des Coccus erhärtet ist. Worauf basiert man diese Anforderung? Morphologisch und kulturell ist keine Differencierung möglich, und beim Thierexperimente bildet wieder die Grundlage die klinische Beurteilung der erzeugten Krankheit, die doch am Kaninchen schwieriger ausfallen muss als beim Menschen. Die Diagnose ist ja im allgemeinen überhaupt eine leichte, sobald die Hauterkrankung aufgetreten ist und fast immer auch in schwierigen Fällen zur Trennung von der Phlegmone mit Sicherheit zu stellen, wenn man sich streng an die Volkmannsche Definition hält: Scharf abgegrenzte Röte der Haut mit der Tendenz der rapiden Ausdehnung in die Fläche, begleitendem Infectionsfieber und schnell erfolgender Heilung ohne bleibende Störung.

Diese Vorbemerkungen erscheinen mir notwendig um einerseits die Berechtigung der Auffassung des Themas zu erweisen und dann auch die Frage der Diagnose, auf die wir noch wiederholt stossen werden, unter einem einheitlichen Gesichtspunkte zu betrachten, die in jedem einzelnen Falle ausführlicher behandelt, nur zu leicht zu ermüdenden Widerholungen hätte führen müssen. Unerlässlich sind sie auch, um den Wert der verschiedenen therapeutischen Massnahmen zu beurteilen.

Den im letzten Decennium von 1. IV. 84 – 1. IV. 94 an der hiesigen Universitäts-Ohrenklinik beobachteten Krankheitsfällen kommt je nach dem jedesmaligen Auftreten und Verlaufe eine verschiedene Dignität zu und doch zeigen sie auch wieder mehrere gewisse Analogieen, sodass sie sich ungezwungen in bestimmte Kategorieen scheiden

lassen. Da finden sich zunächst solche die a) mit dem Ohre überhaupt nichts zu thun haben, dann solche die b) primär am Ohre aufgetreten sind, c) secundär zu Ohrleiden geführt haben und d) im Verlaufe einer Wundbehandlung aufgetreten sind.

A. Ohne Beziehung zum Ohre.

Fall 1. 25. VI. 87. Eugen T. 15 J.

Diagnose: Erysipel der Nase. Ordination: Salbe. Geheilt.

Fall 2. 20. IX. 87. Elisabeth M. 9 J.

Diagnose: Erysipelas faciei. Ordination: Jodtinkturumziehung.

Fall 3. 25. XI. 87. Franz O. 11 J.

Diagnose: Erysipelas labii et narium. Anamnese: Seit vorgestern wurde Anschwellung der Oberlippe und Nase bemerkt; angeblich kein Schnupfen. Ordination: Präcipitatsalbe.

Fall 4. 16. XII. 87. Minna K. 15 J.

Diagnose: Chron. Rhinitis mit chron. Erysipelas faciei. Anamnese: Scrofulose, Keratitis duplex. Ordination: Nasendouche. Jodkaliumsalbe.

Fall 5. 21. XII. 87. Minna I. 36 J.

Diagnose: Otitis med. acut., Rhinitis ulcerosa, chron. Erysipel. Anamnese: Otitis nach Nasendouche. Ordination: Ausspülung. Jodanstrich. Eis. Nasendouche.

Fall 6. 9. IV. 88. Gottlieb P. Schuhmacher 57 J.

Diagnose: Erysipelas faciei. Rhinitis ulcer. Ordination: Kal. permanganic. 0,25: 30,0: 20 gtt auf $^1/_2$ Glas Wasser.

Fall 7. 26. IV. 88. Antonie E. 19 J.

Diagnose: Erysipelas faciei. Tonsillenhypertrophie. Rhinitis ulcerosa. Ordination: Argent. nitric. Tonsillotomia duplex.

Fall 8. 2. V. 88. Louis V. Handelsmann 31 J.

Diagnose: Pharyngitis chron., beiderseits chron. Catarrh, links mit Exsudat. Erysipelas narium. Anamnese: Seit 10 Jahren besteht beiderseits Ohrsausen, links stärker als rechts, mit zunehmender Schwerhörigkeit; bei Witterungswechsel verstärkten sich die Beschwerden; niemals Eiterung Ordination: Aufnahme empfohlen.

Fall 9. 6. IX. 88. Louise L. 25 J.
Diagnose: Erysipelas faciei. Coryza acut. Ordination: Der Augenklinik überwiesen.

Fall 10. 15. V. 93. Marie S. Dienstmädchen 18 J.
Diagnose: Erysipelas.

Sämmtliche 10 Fälle sind in der Poliklinik beobachtet: weshalb die Patienten gerade die Ohrenklinik aufgesucht haben, ist nicht recht ersichtlich. Zum teil mögen hieran Schuld sein mangelhafte Orientierung der Betreffenden in den hiesigen poliklinischen Instituten. Wir werden aber wohl in der Annahme nicht fehl gehen, dass sie grösstenteils schon früher in der Ohren-Poliklinik behandelt wurden und nun in erster Linie sich wieder hierher wandten. Die Mehrzahl ist nämlich mit chronischen Nasen- und Rachenerkrankungen behaftet und jedenfalls auch schon daran behandelt worden. Es ist dieses Zusammentreffen von Gesichtsrose mit chronischen Schleimhautkartarrhen besonders der Nase hier keineswegs ein rein zufälliges, sondern stimmt mit den übrigen Erfahrungen überein und hat nicht wenig dazu beigetragen ein richtiges Verständnis für die einheitliche Auffassung des Erysipels anzubahnen. Hauptsächlich von den Franzosen war die Lehre aufgestellt und ausgebaut, hatte sich aber auch sonst allgemein eingebürgert, dass die Gesichts- und Wundrose zwei ganz verschiedene Krankheitsprocesse seien. Wenn diese auch in der Mehrzahl der Fälle einen gesonderten Verlauf zeigen, so ist es doch nur durch örtliche und anatomische Verhältnisse bedingt, indem die entzündliche Röte am Kopfe auch gern auf diesen localisirt bleibt, während sie am Rumpfe das Bestreben zeigt über diesen hin sich in der ganzen Ausdehnung auszubreiten. Nur dadurch wird der Verlauf in die Länge gezogen, während an einer bestimmten Stelle die Rose ihre Zeit „steht", gewöhnlich 2—3—4 Tage um ihre Akme zu erreichen und dann in etwa ebensoviel Zeit wieder rückgängig zu werden. Und mit Recht konnte Volkmann dann darauf hinweisen, dass bei genügender

Aufmerksamkeit sich auch bei der Kopfrose der gleiche Ausgang wie bei der Wundrose am Rumpf von einer Continuitätstrennung stets nachweisen liesse, wenn man kleine Rhagaden, Excoriationen und Schrunden berücksichtige, wie sie sich an der Nase besonders bei chronischen Katarrhen gern vorfinden. Oft wird auch die Infection durch die lädierte Schleimhaut hindurch stattfinden und dann an deren Übergange in die normale Haut scheinbar idiopathisch zu Tage treten.

In innigster Wechselbeziehung zu den chronischen Schleimhautkatarrhen steht auch das hier sogenannte chronische Erysipel. Eine Bezeichnung, die mir zunächst unbekannt war und sich selbst zu widersprechen scheint. Das Studium der Litteratur gab wenig Aufschluss. Eine etwas eingehendere Arbeit darüber findet sich im Archiv für klinische Chirurgie 1887 von Rosenbach. Dieser sagt dort vom chronischen Erysipel, das er Erysipeloid nannte, folgendes: „Ich muss nämlich meine früher gemachten Angaben dahin corrigieren, dass das veranlassende Microbion nicht zu den Coccen gehört. Doch auch zu den Bacterien und Bacillen gehört es nicht, sondern scheint sich vielleicht einer anderen eigenartigen Klasse von Microbien anzuschliessen, welche bis jetzt überhaupt wenig bekannt und als pathogen noch nicht in Frage kommen.“ Der morphologisch microscopische Befund ist nicht weniger unbestimmt und unklar. Es werden Pilzwucherungen beschrieben mit Seitensprossungen, die aber keine sind, sondern bei genauerer Betrachtung sich als übereinander liegende, sich kreuzende Pilzfäden erweisen. Auch das Krankheitsbild ist ein eigenartiges: Allgemeinbefinden und Körpertemperatur werden nicht beeinflusst, die Affection, dunkle Röte und Schwellung mit scharfer Grenze ist rein örtlich; dabei besteht etwas Brennen, die Schmerzen werden aber nie erheblich.“ Dass dieser Symptomencomplex nichts mit unserem legitimen Erysipel zu thun hat, unterliegt keinem Zweifel. Das Ganze macht mehr den Eindruck eines letzten

Versuches eine früher aufgestellte Hypothese nach Entdeckung der Fehleisenschen Coccen noch lebensfähig zu erhalten. Die vorliegende Beobachtnng, welche sich auch in den folgenden Kategorieen noch einige Male finden wird, ist vielmehr als habituelles Erysipel aufzufassen. Es ist dies ein relativ häufiges Vorkommnis und fast Characteristicum der Rose, dass Patienten, die einmal daran erkrankt sind, wiederholt von Recidiven befallen werden. Es entwickelt sich dann bisweilen infolge der wiederholten acuten Schwellung eine chronisch-ödematöse Schwellung besonders der Nase und Oberlippe, die jeder Therapie trotzen kann. Durch diese Neigung zu Recidiven unterscheidet sich die Rose ganz wesentlich von den acuten Exanthemen Scharlach, Masern u. s. w., mit denen man es eine Zeit lang hat wollen auf eine Stufe stellen. Bei diesen gehört es ja zu den Seltenheiten, dass ein Individuum zweimal von derselben Krankheit befallen wird, und man ist vorkommenden Falles unwillkürlich geneigt die Diagnosenstellung etwas misstrauisch anzusehen. Wovon das wiederholte Auftreten bei derselben Person und häufig an derselben Stelle abhängig ist, dafür lässt sich nicht leicht eine genügende Erklärung geben. Eine wichtige Rolle spielen dabei jedenfalls dauernd unterhaltene Continuitätstrennungen der schützenden Hautdecken, wie sie sich immer bei chronischer, nie mit rechtem Erfolge behandelter Rhinitis vorfinden; darauf deutet auch der Lieblingssitz der Rose an Nase und Oberlippe hin. Allein genügt dies jedoch noch nicht zur entgiltigen Erklärung: es muss dazu immer noch eine persönliche Disposition hinzugezogen werden; auch muss die Möglichkeit offen gelassen werden, dass der Lymphapparat der betreffenden Stelle mit jedem neuen Anfalle empfänglicher für die Aufnahme des virus wird. Obige Betrachtung wird uns auch bei Besprechung der Prophylaxe, die im Zusammenhange der Therapie angeschlossen werden soll, einen Fingerzeig für den locus minoris resistentiae geben, von dem aus mit Erfolg gegen Recidive vorgegangen werden kann.

B. Primäres Auftreten am Ohre.

Fall 1. 30. III 87. Clara B. 5 J.

Diagnose: Eczem der Ohrmuschel; Erysipel der Ohrmuschel. Anamnese: Seit 2 Tagen wachsend, letzte Nacht bedeutende Schmerzen und Fieber. Heute rechte Ohrmuschel stark geschwollen, vor derselben Röte der Haut. Ordination: Salbe. Geheilt.

Fall 2. 19. II. 89. Martha D. 18 J.

Diagnose: Erysipel der linken Ohrmuschel. – Will sich nicht aufnehmen lassen.

Fall 3. 18. II. 92. Emma A. 12 J.

Diagnose: Erysipel der Ohrmuschel.

Fall 4. 25. VIII. 92. Willy A. 12 J.

Diagnose: Erysipel der Ohrmuschel.

Fall 5. 26. VIII. 92. Lina B. 28 J.

Diagnose: Erysipel der rechten Muschel – Angeblich nach Stich eines Insects entstanden.

Fall 6 27. X. 93. Ferdinand E. Arbeiter 76 J.

Diagnose: Erysipelas von einer Excoriation an der Ohrmuschel ausgehend.

Fall 7. 7. II. 94. Frau E. 67 J.

Acute Eiterung rechts nach Pneumonie, blutig-eitriges Sekret. Grosse Perforation. Erysipel der Ohrmuschel und der linken Gesichtsseite. — Geheilt.

Fall 8 9. II. 94. Anna S. 13 J.

Anamnese: Seit einigen Tagen sind Schmerzen und Eiterung im linken Ohre aufgetreten; die Umgebung ist stark gerötet! Diagnose: Erysipelas; Otitis externa erysipelatosa. Trommelfell hochgradig eingezogen. Temp. 38,6°.

Auch diese Fälle sind noch alle von der Poliklinik geliefert. Dass nächst der Nase in erster Linie das Ohr für den Ausgangspunkt der Rose in Betracht kommt, kann uns nach dem bisher Gesagten nicht Wunder nehmen. Die verschlungenen Buchten und Falten des äusseren Ohres sind wie geschaffen zur Ansiedelung von inficierenden Keimen; für Eingangspforten wird hier wie an keinem an-

deren Orte durch Schrunden und Excoriationen gesorgt, indem Jucken und Klingen des Ohres oftmals am Tage unbewusste Kratzeffecte auslöst. Berücksichtigt werde auch die weit verbreitete Unsitte Ohrringe zu tragen, wobei des öfteren eine frische Wunde am Stichkanale geschaffen wird.

Besondere Erwähnung verdient Fall 5, bei dem das Erysipel der Ohrmuschel nach Stich eines Insectes entstanden sein soll; fraglich ist hier, ob das virus direct durch den Stachel mit eingeimpft wurde; spielen doch Insekten sicherlich eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Verbreitung von Infectionskrankheiten, oder ob dadurch nur zufällig eine Pforte für das Eindringen des virus geschaffen wurde; abgesehen von der Möglichkeit eines nur temporären, nicht kausalen Zusammenhanges. Der letzte Fall führt schon zur folgenden Gruppe hinüber, indem bereits Complicationen von seiten des mittleren Ohres verzeichnet sind, jedoch ohne Aufschluss über den Zusammenhang beider Processe.

C. Secundär wurde ein Ohrleiden erzeugt.

Fall 1. Curt K. 7 J. Aufgen. 28. X. 89. Entl. 24. XI. 89.

Diagnose: chron. Otitis med. purul. dextr. Hammer und Ambos kariös. Anamnese: Otorrhoe r. soll während der Dentition entstanden sein; zuweilen sollen Schmerzen im rechten Ohre vorhanden gewesen sein. Als Ursache der Verschlimmerung wird ein Erysipel angegeben, welches Pat. im Laufe der vorigen Woche durchmachte, sich auf die linke Wange beschränkte, aber mit Temperatursteigerungen über 40°C einherging.

Stat. praes.: Blasser Junge mit spärlich entwickelter Muskulatur und Fettpolster. Trommelfell r. fehlt bis auf einen schmalen peripheren Saum, oben ragt der Hammer frei in die Paukenhöhle: Paukenschleimhaut rot und etwas verdickt, vorn unten einige Granultionen. L. normale Verhältnisse. Hörprüfung: Flüstersprache r. 1 m. Stimmgabeln:

C_1 vom Scheitel nur nach dem rechten Ohre: C und G_4 r. bei leisem Anschlage.

Therapie: Am 6. XI. wurde der Hammer, dessen Kopf eine cariöse Stelle zeigt, sowie der Ambos, dessen langer Schenkel cariös war, extrahiert.

7. XI. Kein Schmerz, kein Fieber; mässige, serös-eitrige Sekretion.

13. XI. Es zeigt sich eine grössere, blasse, härtliche Granulation von hinten oben kommend und ein Zapfen verdickter Schleimhaut von vorn oben her; beide werden mit lapis geätzt.

Fall 2. Restaurateur Z. 62 J. Aufgen. 24. VII. 89. Gest. 26. VII. 89.

Diagnose: Otitis med. purul. mit caries und eitriger Meningitis. Anamnese: Pat. bekam nach Aussage des behandelnden Arztes am 22. VII. eine schmerzhafte erysipelartige Schwellung vor, unter und hinter dem Ohre; er begann dann auch über Schmerzen im Ohre zu klagen; dasselbe wurde ausgespritzt und dabei ein wenig Eiter entleert. Die Schwellung nahm am 23. zu, und Pat. hatte bei Druck auf process. mastoid., besonders am Halse in der Gegend der grossen Gefässe Schmerzen. Temp. 41° C.; herpes am Mundwinkel. Zugleich wurde eine Parese des rechten Armes bemerkt. Am 24. wurden einige Blutegel hinter dem Ohre angesetzt und ein Vesicator am Nacken. Jedoch verschlimmerte sich der Zustand, indem Pat. unbesinnlich wurde, weshalb er am 24. VII. abends 10 h. in die Klinik eingeliefert wurde mit einer Temp. 39,6° C.

Stat. praes. 25. VII. früh. Mittelgrosser, kräftig gebauter und gut genährter Mann, der apathisch mit engen Pupillen und keuchendem Atem daliegt und den Eindruck eines von Apoplexie getroffenen macht. T. 38,8°. Zunge trocken und borkig. Auf Anrufen giebt er mit lallender Stimme langsam Antwort, dass der Kopf ihn sehr schmerze, streckt auf Verlangen die Zunge hervor und drückt die dargereichte Hand mit der Linken kräftig, mit der Rechten

sehr schwach und absatzweise, beide Beine zieht er auf Verlangen kräftig an. Der ophthalmoscopische Befund ergiebt nichts abnormes. Hinter und unter dem Ohre Rötung und ödematöse Schwellung in handtellergrosser Ausdehnung; process. mastoid. ist druckempfindlich, bedeutend mehr aber die Gegend der grossen Gefässe; ein Strang ist in der Tiefe jedoch nicht zu fühlen. Trommelfell gerötet und vorgewölbt, Hammer nicht zu erkennen. — Ergebnis bei Catheterismus ist Rasseln und anfängliches, aber schnell verschwindendes, dünnes Perforationsgeräusch.

Therapie. 25. VII. Paracentese und Aufmeisselung: Weichteile durch weiche Infiltration verdickt, Knochenoberfläche normal, Corticalis hart. Bei Eröffnung der ersten Luftzellen tritt gelbliche, seröse Flüssigkeit, dann Eiter mit Blasen gemischt zu Tage. Das Antrum wurde in typischer Weise in 1,5 cm Tiefe breit eröffnet, es enthielt Eiter. Nach beiden Richtungen hin gute Durchgängigkeit, das Spülwasser bringt Eiter und mehrere perlmutterglänzende, geschichtete Fetzen hervor. Drain, eine Naht, Occlusivverband. — NB. Bei Freilegung der spina zeigte sich der Anfangsteil des knorpeligen Gehörganges hinten fistulös durchbrochen. Nach der Operation blieb der Zustand den Tag über der gleiche: gegen Abend wurde Pat. klarer und sprach verständlicher, indessen die Temp. blieb 39,1° C. 26. VII Pat. hat die Nacht hindurch viel deliriert, war sehr unruhig und wollte wiederholt das Bett verlassen. T. 40,4°. Respiration unregelmässig, tief und geräuschvoll; Puls 98. Auf Anrufen reagiert er fast gar nicht; Pupillen ungleich, die rechte weiter als die linke ohne Reaction auf Licht. Reflexe im Gesichte erhalten aber herabgesetzt, ebenso an der linken Körperseite, am rechten Arme aber ganz fehlend; an den Fingern der linken Hand fallen athetotische Bewegungen auf. Am Mittag starker Schweiss im Gesichte; Pat. stöhnt beständig und bläst bei der Exspiration die Backen auf; etwas später trat laut stertoröses Atmen auf, gegen 2 h. nachmittags trat unter Spasmen beider oberen Extremitäten exit. letal. ein.

Fall 3. Otto S. Schlosser, 20 J. Aufgen. 18. X. 92. Entl. 15. XI. 92.

Anamnese: Vor 7—8 Jahren angeblich Gesichts-Erysipel; im Anschluss daran soll sich damals Ohrenlaufen auf der rechten Seite eingestellt haben. Die Eiterung hat in ihrer Intensität vielfach geschwankt, doch soll sie nie ganz sistiert haben. Jetzt klagt Pat. über zunehmende Schwerhörigkeit auf dem linken bisher gesunden Ohre, Eiterung mit Schwerhörigkeit des rechten Ohres, Kopfschmerzen im Scheitel und infolge derselben über Schlaflosigkeit.

Stat. praes. Am rechten Trommelfell hinten grosse Perforation bis zum Hammer; in dem vorn noch stehenden Teile des Trommelfelles eine zweite Perforation; hinten oben fehlt die vordere Wand des Attik. Hammerhals, untere Partie des Kopfes und Nische der fenestra rotunda sichtbar; Hammergriff mit dem promontorium verwachsen, an dieser Stelle rote Granulation, Pauke sonst epidermisiert. Linker Trommelfellbefund normal, der lange Ambossschenkel schimmert deutlich durch. Flüstersprache wird links 2 m, rechts 10 cm. weit gehört; von den Stimmgabeln wird fis_4 bei leisem Anschlage rechts nicht deutlich vernommen, wohl aber links; c wird nach der Ansatzstelle am Schädel hin gehört — Ergebnis bei Katheterismus ist links breites, normales Blasengeräusch, rechts Blasen ohne Rasseln. — Deviatio septi nach links; kleine spina links unten. Schlund normal. Fieberfrei.

Therapie: 21. X. Radicaloperation. Im antrum Cholesteatom; hintere obere Wand kariös; vom Hammer nur Griff und Hals vorhanden, Kopf durch caries zerstört. Ambos nicht mehr vorhanden. 26. X. Erster Verbandwechsel; bisher fieberfreier Verlauf, die Wunde sieht überall gut aus, die Gehörgangslappen sind angeheilt. Tamponade.

5. XI. Höhle durchweg gut übersichtlich, gesunde Granulation. Geheilt entlassen.

Fall 4. 29. V. 84. Emilie P. 25 J.

Diagnose: Chron. Eiterung doppelseitig. Anamnese: Vor

14 Tagen im Gesichte Erysipel, seitdem Schwerhörigkeit und Sausen; einige Tage besteht Schwindel. Geheilt.

Fall 5. 19. XI. 84. Johanne F., Dienstmädchen, 27 J. Diagnose: Acuter Catarrh. Trommelfell rechts vorgebuchtet und gerötet. Anamnese: Bei Erysipelas Ohrsausen rechts; seitdem Stechen und Sausen. 28. XI. 84. Geheilt entlassen.

Fall 6. 11. VI. 54. Otto F. Bergmann 40 J. Diagnose: Acuter Catarrh rechts. Anamnese: Vor 4 Wochen nach einem Erysipel Stechen im Ohre, bald darauf Laufen, Schmerzen bis jetzt. Ordination: Luftdouche. Geheilt.

Fall 7. 12. VIII. 89. Julius L. 27. J. Diagnose: Chron. Catarrh beiderseits. Anamnese: Seit etwa 2 Jahren im linken Ohre Klingen, allmählig zunehmende Schwerhörigkeit, Schwindel und Kopfschmerzen. Ohrleiden soll im Anschlusse an ein Erysipel entstanden sein, welches auch die Nase ergriffen und Pat. anosmetisch gemacht hatte.

Stat. praes. Trommelfell links getrübt, zeigt maximale Einziehung und hinter dem manubrium beginnende Verkalkung; rechts Trübung, Hammergefässe injiciert. Flüstersprache wird links nur in unmittelbarer Nähe, rechts einen Fuss weit gehört; hohe Töne beiderseits nur bei mittlerem Anschlage; c_1, vom Scheitel nach links stärker.

Ordination: Catheter. Flüsterzahlen werden links 1, rechts 2 Fuss weit gehört. Im Kopfe wieder leichter, das Brausen verschwunden.

Fall 8. 3. VI. 90. Walther H. 8 Mnt. Diagnose: Acute Eiterung und acutes Eczem beiderseits. Anamnese: Vor 4 Wochen Erysipelas faciei, das in der medicinischen Klinik behandelt wurde; seit dieser Zeit eitern beide Ohren. Ordination: Ausspülungen mit Natr. chlorat. Lösung. Ausgang unbekannt.

Die Zahl der Fälle, in denen die Rose als ätiologisches Moment bei Ohrerkrankungen, hier fast durchweg Eiterung eine Rolle spielt, ist eine relativ ziemlich beträchtliche, sie

wird jedoch in Wirklichkeit wohl etwas geringer. Schon im ersten Falle ist sie nur als Ursache einer Verschlimmerung angegeben. Und wenn die anamnestischen Angaben in einer Disciplin besondere Reserve vonseiten des Artztes erfordern, so ist es sicher in der Ohrenheilkunde. Eine alltägliche Beobachtung lehrt, dass Kranke mit jahrelangen, chronischen Eiterungen versichern stets ohrgesund gewesen zu sein. So verhält es sich vielleicht auch mit dem einen oder anderen der vorliegenden Fälle, indem die Aufmerksamkeit des Patienten erst durch ein Erysipel auf das schon bestehende Ohrleiden gelenkt wurde, das sich dabei vielleicht verschlimmerte. Jedoch ist die Möglichkeit keineswegs in Abrede zu stellen, dass gelegentlich eines erysipelatösen Processes eine dauernde Niederlassung vor Staphylococcen und Streptococcen stattfinden kann. Besondere Schwierigkeiten, vielleicht unüberwindliche bereitet der zweite Fall. Am Ohre tritt eine erysipelartige Schwellung auf, schwere Gehirnerscheinungen gesellen sich hinzu und nach 4 Tagen erfolgt exit. letal. Der Verlauf kann zu der Annahme veranlassen, es liege ein schweres Erysipel vor, das in Eiterung überging und durch sein Fortschreiten in die Tiefe einen so traurigen Verlauf nahm. Es steigen jedoch dabei verschiedene Zweifel auf. Eiterung tritt so überaus selten als Complication von Rose auf, dass sie zur Erklärung zweifelhafter Fälle nur mit grösster Vorsicht herangezogen werden darf. Ferner wurde der Verlauf nicht einheitlich beobachtet, sondern die erste Hälfte der Krankheit stand in privatärztlicher Behandlung und es ist nicht unwahrscheinlich und eventuell sehr wohl verzeihlich, dass bei der ersten Consultation die Diagnose in dubio blieb und für die Angehörigen „erysipelatöse Schwellung“ konstatiert wurde. Dass dann sehr bald der verborgene Herd erkannt wurde, beweist die frühzeitige Überweisung an die Klinik zur Operation.

D. Erysipel im Verlaufe einer Wundbehandlung.

In dieser Gruppe ist es notwendig zwei Unterabteilungen zu unterscheiden, je nachdem die Rose nur im Verlaufe einer Wundbehandlung ohne irgend welchen Zusammenhang mit der Wunde aufgetreten oder von letzterer direkt ausgegangen ist.

Zu ersterer gehören:

Fall 1. 5. V. 84. Bertha H. 17 J.
Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln beiderseits. L. Galvanokaustik. Nasendouche (med Klinik), danach doppelseitige Otitis med. acut. mit Durchbruch. Paracentese doppelseitig. Hochgradige Taubheit. Pat. hat längere Zeit, zuletzt vor 3 Wochen, Salicylpräparate gegen Gelenkrheumatismus gebraucht.

13. V. L. Wilde'sche Incision. Stärkere Nachblutung. R. Incision des Gehörganges wegen Furunkel.

15. V. R. ebenfalls Oedem am Warzenfortsatze; in der Nacht zum 16. bedeutende Blutung aus dem rechten Ohre. Tamponade

20. V. Leichtes Erysipel L.

20. VI. Geheilt entlassen. Labyrinthtaubheit L. zurückgeblieben; Paukenhöhle beiderseits frei von Exsudat. R. Gehör normal, C nach R.

Fall 2. Anna E. Dienstmädchen 14 $^1/_2$ J. Aufgen. 17. I. 90. Entl. vorläufig 3. IV 90 gebessert.
Diagnose: Otitis med. acut. purul. dextr. nach Influenza. Caries. Anamnese. Am 31. Dec. vorigen Jahres erkrankte Pat. mit plötzlich auftretenden Schmerzen in dem früher stets gesund gewesenen rechten Ohre, angeblich nachdem sie einige Tage vorher an Influenza darniedergelegen hatte. Von ärztlicher Seite wurden Ausspritzungen verordnet. Die Schmerzen bestanden 2 Tage, bis sie unter Eintreten eines eitrigen Ausflusses verschwanden, der bis jetzt ziemlich reichlich fortbestanden hat. Kopfschmerz, Schwindel und subjective Geräusche fehlten, speciell sollen nie Schmerzen hinter dem Ohre dagewesen sein.

Stat. praes. Am process. mastoid., nahe der Spitze, befindet sich eine mässig druckempfindliche Stelle. R. knöcherner Gehörgang gerötet und etwas verengt, Hammer nicht sichtbar, Trommelfell, soweit sichtbar, blassrot. An der hinteren, oberen Gehörgangswand eine blass gelbrötliche polypöse Granulation von der Grösse einer Erbse, in der Umgebung stösst die Sonde auf rauhen Knochen. Am linken Trommelfelle partielle Trübung und mässige Einziehung. Flüsterzahlen werden rechts 0,6 m weit gehört, Stimmgabel C vom Scheitel nach dem rechten Ohre, G_4 ebendort gut vernommen. Ergebnis beim Katheterismus ist Rasseln und rauhes Perforationsgeräusch. Nasenmuscheln sind gerötet und verdickt. Schlund gesund, Fieber nicht vorhanden.

Therapie: Ausspritzung des Ohres, Katheter, Eisbeutel.

20. I. Der Gehörgang hat sich noch mehr verengt sodass vom Trommelfelle nichts mehr sichtbar ist; Allgemeinbefinden ist ein gutes.

24 I. Operation: Entfernung der polypösen Granulation, die, wie in der Narkose sicher zu konstatieren ist, von hinten her die Gehörgangswand durchbrochen hat; Aufmeisselung des antrum, wobei die spina mit weggenommen wird; entfernt wird ferner die kranke Stelle der hinteren Gehörgangswand. 3 Nähte, Drain, Verband. — Den Tag über öfters Erbrechen, auch am folgenden Tage noch vollständige Appetitlosigkeit

26. I. Erster Verbandwechsel, Wunde von gutem Aussehen, keine Durchgängigkeit, Entfernung der Nähte.

29. I. Die Wunde ist reactionslos, doch für das Spülwasser noch nicht durchgängig; kein Fieber, keine Beschwerden.

6. II. Die Kranke hat wiederholt Anfälle von Schwindel gehabt, ein solcher trat gestern heftig auf bei dem Versuche von der Operationswunde aus nach dem Ohre durchzuspülen, sodass davon Abstand genommen werden musste.

Vergangene Nacht und heute früh hatte sie spontane Schmerzen im Ohre und einen deutlichen Druckschmerz über der Spitze des process. mastoid. Gegen Abend war sie schmerzfrei, ihr Allgemeinbefinden durch Fieber nicht gestört.

7. II. Die Partie unter der alten Operationswunde ist stark infiltriert und ödematös bis in die Gegend des musc. sternocleidomast.; die grösste Druckempfindlichkeit zeigt die Spitze des Warzenfortsatzes. Durch starken Druck auf diese Gegend kann man dicken Eiter aus dem Ohre hervorpressen.

II. Operation: Lange Incision; Weichteile speckig infiltriert; mit dem scharfen Löffel werden die Granulationen im alten Operationskanale weggekratzt. Die Spitze des process. mastoid wird durch Abtrennen der Ansatzsehne des musc. sternocleidomast. blossgelegt. Beim ersten Schlage durch die Corticalis quillt reichlich Eiter hervor. Im Innern der Spitze findet sich eine mit Eiter und Granulationen angefüllte kleine Höhle, welche durch eine kleine Öffnung mit der Hals-Muskelscheide der betreffenden Seite kommuniciert. Die Spitze des proc. mastoid. wird vollständig weggenommen, der Zugang zum antrum erweitert, und die Paukenhöhle durch Wegnahme der hinteren, knöchernen Gehörgangswand von hinten her eröffnet, darauf die zwischen antrum und Paukenhöhle noch stehende Knochenbrücke entfernt. Aus der Paukenhöhle wurde von hinten her der Ambos extrahiert, der gesund war, während der Hammer nicht zu finden war. Nachdem die Wandungen der so entstandenen, fast hühnereigrossen Höhle gesäubert waren, wurden an den Rändern der Incisionswunde 3 Näthe angelegt, im übrigen die Höhle mit Sublimatgaze austamponiert. Während der ganzen Operation war mit Sicherheit keine Facialiszuckung der entsprechenden Seite bemerkt worden, nach der Operation zeigte sich trotzdem eine komplete rechtsseitige Facialislähmung.

9. II. Erster Verbandwechsel; Aussehen der Wunde

ein gutes; Wasser von hinten nach vorn durchgängig. Die Kranke zeigt öfter Schwindel und Brechneigung; Heftige Zahnschmerzen auf der operierten Seite.

10. II. Allgemeinbefinden besser.

11. II. Zweiter Verbandwechsel. Beim Aufrichten im Bett wieder Anfall von Schwindel und angina pectoris mit beschleunigtem Pulse und starkem Herzklopfen. Die Wundhöhle ist mit dickem weissen Quecksilberalbuminat-Beschlag ausgekleidet (Sublimatbehandlung). Untersuchung des Herzens ergiebt nichts abnormes. Erysipeloid der rechten Wange und Oedem der rechten Augenlieder. Allgemeinbefinden gut, die Zahnschmerzen nicht mehr vorhanden.

12. II. Verbandwechsel. Beim Aufrichten wieder Schwindel, jedoch ohne angina pectoris Die Operationswunde hat ein gutes Aussehen. Das Erysipel rechts etwas abgeblasst, geht nicht von der Wunde aus, es hat sich heute auch auf die linke Wange hin ausgebreitet.

13. II. Ihr Allgemeinbefinden ist wesentlich besser; heute Morgen fieberfrei, das Erysipel ist im Rückgang begriffen.

14. II. Verbandwechsel. Aussehen der Wunde ein gutes: der Albuminat- Überzug hat sich abgestossen und es zeigen sich gute Granulationen. Gehörgangslumen ist noch entzündlich stenosiert, beim Ausspritzen kommt noch etwas Blut aus demselben; das enge Lumen ist durch eine Granulation verstopft.

15. II. Befinden gut: gestern Abend wieder geringe Fiebersteigerung, heute morgen fieberfrei.

16. II. Allgemeinbefinden gut. Das Erysipel ist vollständig abgeblasst, die Haut schuppt sich ab, die ödematöse Schwellung im Gesichte hat abgenommen. Facialislähmung komplet. Das Aussehen der sehr stark secernierenden Wunde ist ein gutes. Das vom Ohre aus bisher nach hinten frei durchgängige Spülwasser ist heute nur wenig durchgängig, vielleicht infolge der den Gehörgang fast

obturierenden Granulationen. Von weiteren Versuchen unter stärkerem Drucke von hinten nach vorn durchzuspritzen wird wegen des eintretenden Schwindels Abstand genommen.

18. II. Verbandwechsel. Aussehen der Wunde ein gutes; Spülwasser geht nicht durch. Seit gestern hat die Kranke wieder geringes Fieber und ein Recidiv des Erysipels auf der linken Wange, welches die Neigung zeigt fortzuschreiten.

19. II Das Erysipel-Recidiv ist im Rückgange begriffen, Pat. ist wieder fieberfrei.

20. II. Verbandwechsel; beim Aufrichten und beim Versuche unter stärkerem Drucke in das Ohr durchzuspritzen, tritt Schwindel auf; das Erysipel blasst ab.

22. II. stat. id.; in der Augengegend ist starkes Ödem zurückgeblieben.

26. II. Verbandwechsel; keine Neigung mehr zu Schwindel, Befinden gut; im Ohre sehr geringe Eiterung.

27. II. Befinden gut; in der Umgebung der Augen besonders links ist von dem überstandenen Erysipel noch etwas Ödem zurückgeblieben. Urin eiweissfrei.

28. II. Verbandwechsel; im Ohre Eiter. Urin eiweissfrei. Die Augengegend ist noch ödematös.

2. III. Verbandwechsel; kein Schwindel. Urin eiweissfrei. Ödem um die Augen herum geringer.

4. III. Im Ohre kein Eiter mehr; die Operationswunde hat sich sehr verkleinert und ist mit guten Granulationen ausgekleidet. Facialislähmung unverändert; 5 Minuten lang mit dem Inductionsapparat electrisiert.

13. III. Der Verschluss des rechten Auges scheint etwas vollkommener ausführbar zu sein, im übrigen stat. id. Kleine entzündete Rissverletzung am Hypothenar wird mit dem scharfen Löffel ausgekratzt.

15. III. Die Risswunde an der rechten Hand sieht gut aus, eine Entzündung ist nicht mehr vorhanden.

26. III. Blepharitis des lagophthalmischen Auges wird mit Borsäureumschlägen behandelt. Facialislähmung unverändert.

3. IV. Bis nach dem Osterfeste entlassen. Ohr trocken, der Gehörgang ist durch eine neugebildete bläulich weisse Adhäsion verschlossen. Hinter dem Ohre besteht noch eine haselnussgrosse, gut granulierende Höhle. Keine Zeichen mehr von Schwindel. Facialislähmung unverändert; sonst Heilung. — Stellte sich im Juni 1894 wieder vor: Ohr vollständig trocken, nichts Verdächtiges; Facialislähmung unverändert.

Fall 3. Else B. Handarbeiterskind, 6 Mnt. Aufgen. 2. I. 91. Entl. 16. I. 91.

Diagnose. Acute Eiterung mit subperiostalem Abscess auf dem process. mastoid. sinistr.

Anamnese. Seit 8 Tagen zeigt das Kind Schmerz bei Berührung des linken Ohres, hinter welchem sich eine Geschwulst bildete. Nachts unruhiger Suhlaf und Tags über häufiges Wimmern, zwischendurch völliges Wohlbefinden. Seit Beginn der Ohraffection bestehen Durchfälle, und dabei soll das Kind abgemagert sein. Einige Tage nach Beginn trat rechts am Halse eine Lymphdrüsengeschwulst auf.

Stat. praes. Kräftiges Kind. Linke Ohrfalte an der Insertion verstrichen, der Lappen rechtwinkelig abstehend; dahinter eine wallnussgrosse, prall elastische und in der Mitte fluctuierende Geschwulst. Auch die Partie vor dem Ohre ist geschwollen, kein Ödem, rechts Schwellung der Submaxillardrüsen. Der linke Gehörgang ist voll Eiter, nach dessen Entfernung durch Tupfen sich Blut zeigt. Im rechten Gehörgang cerumen; Gehörgang weit, Trommelfell nach hinten vom umbo perforiert. — Keine Tonsillenhypertrophie.

2. I. abends Temp. 39,1° C.

Therapie. 3. I. Eröffnung des Warzenfortsatzes: Spülwasser mühsam durchgängig.

4. I. abends Temp. 38,6°.

5. I. Verbandwechsel. Temp. 37,9°.

8. I. Eröffnung eines Lymphdrüsenabscesses rechts am Halse; es entleert sich reichlich ein Tassenkopf voll eines grünlich rahmigen mit wenig Drüsenfetzen und und Krümeln vermischten Eiters.

9. I. Erysipeloide Röte auf der linken Wange, schreitet nicht fort: Fieber am anderen Morgen sehr gering; beetartige Abgrenzung der Röte.

16. I. Auf Wunsch entlassen.

Fall 4. Johanne B. Handarbeiterin 34 J.

Anamnese: Geistig träge Patientin will als Kind Skrofeln gehabt haben, das Ohr soll nie gelaufen haben. Die Umgebung des Ohres bietet nichts abnormes dar, im Gehörgang befindet sich ein obturierender Polyp.

Therapie: Entfernung des Polypen.

14. X. Wiederaufnahme; Schwindel beim Gehen und Stehen mit geschlossenen Augen.

15. X. Operation. Der Hautlappen ist etwas marmoriert; Höhle sehr gut übersichtlich. Im Verlaufe wird wiederholt geätzt.

15. XI. Unter der mit cholesteatomatoser Epidermis ausgekleideten Höhle liegt Knochen frei. Öl.

26. XI. Die freiliegende Knochenstelle hat sich langsam verkleinert.

28. XI. Erysipelas faciei, wahrscheinlich von Rhagaden an der Nase ausgehend.

29. XI. Die erysipelatöse Schwellung schneidet genau am Verbande ab, unter diesem, speciell in der Umgebung der Wunde ist die Haut normal. Blasen im Gesichte.

2. III. Auch die Umgebung der Wunde ist afficiert; Blasen auf dem Ohre, im Innern sind solche nicht sichtbar. — Abfall des Fiebers.

12. XII. Fast die ganze Höhle ist epidermisiert, der einzige rote Wall zeigt Neigung zu Granulationsbildung.

13. XII. Geheilt zur poliklinischen Behandlung entlassen.

Fall 5. Anna B. Schachtarbeiterskind 13 J. Aufgen. 4. II. 92. Entl. 4. IV. 92.

Anamnese: Vor 6 Jahren entstand beiderseits nach Diphtherie Eiterung, die links wieder verschwand, rechts dagegen fortdauerte. Von Anfang an bestanden Schmerzen, die in letzter Zeit wieder exacerbierten.

Stat. praes. Linkes Trommelfell vermehrt konkav, rechtes erhalten und verkalkt. An der hinteren Wand des Gehörganges eine gestielte Granulation, welche aus dem Knochen hervorwächst. Flüstersprache wird rechts durch den ganzen Saal, links halb so weit gehört.

Therapie. 5. II. Aufmeisselung. Leichtes Erysipel oder Urticaria. Wunde per prim. intent. vereinigt.

17. III. Die ganze Hinterwand der sehr verkleinerten Höhle ist epidermisiert, oben an Attik bestehen noch Granulationen.

5. IV. Geheilt entlassen.

Fall 6. Wilhelm E. Briefträgerssohn 15 J. Aufgen. 14. II. 93. Entl. 26. VI. 93.

Diagnose. chron. Eiterung und Cholesteatom beiderseits.

Anamnese. Seit frühester Kindheit besteht beiderseits chronische Eiterung. Krankengeschichte s. Archiv Band 29 pg. 250. Damals 14. III. 89. wurde beiderseitig Hammer und Ambos extrahiert. Die Eiterung links konnte 21. VI. 89. als geheilt angesehen werden, während sie rechts in geringem Grade noch fortbestand. Flüsterstimme wurde rechts 30 cm, links 60 cm. weit gehört. Auf dem rechten Ohre hat die Eiterung ununterbrochen bestanden, links ist sie im Herbste 89 wieder aufgetreten und besteht seitdem.

Stat. praes. Schwächlicher, anämischer Junge, bei dem Herz und Lungen normal, Urin eiweissfrei sind. In der Umgebung des rechten Ohres besteht ein impetiginöses Eczem. Das rechte Trommelfell fehlt bis auf einen schmalen, medialen Saum unten. Promontorialschleimhaut ist stark granulierend bis auf kleine epidermisierte Inselchen

hinten und hinten oben. Der Eiter scheint von oben und hinten oben zu kommen. Von oben ragt scheinbar Cholesteatomhaut aus dem Attik hervor. Auch das linke Trommelfell fehlt bis auf einen kleinen Randsaum, Paukenschleimhaut dahinter grösstenteils epidermisiert, hinten unten leicht granulös; aus dem Attik kommen Cholesteatom-Membranen. Flüsterstimme wird beiderseits nur am Ohre gehört; die Stimmgabelprüfung ergiebt: c vom Scheitel unbestimmt, hohe und tiefe Töne vor beiden Ohren herabgesetzt. Katheterismus lässt Tubenenge erkennen, bei starkem Drucke entsteht Perforationsgeräusch mit Rasseln. Es besteht Rhinitis chron. duplex rechts mit Borkenbildung.

Therapie. 16. II. Operation. Das antrum wird typisch aufgemeisselt; die knöcherne Hinterwand auf der in den aditus geschobenen Sonde fortgemeisselt, gespalten u. s. w. Deutliche caries in der Tiefe des nach hinten ziehenden recessus.

23. II. Erster Verbandwechsel. Wundhöhle gut übersichtlich; Gehörgangslappen gut eingeheilt; geringe Durchtränkung des Tampons mit Sekret.

28. II. Lebhafte Granulationsbildung. Das Trommelfell regeneriert sich von unten aus. Wunde gut übersichtlich.

8. III. Bisher täglicher Verbandwechsel. Pat. ist äusserst empfindlich: verträgt zudem kein Cocain, weshalb der Verband versuchsweise liegen bleibt.

15. III. Wunde bis auf den Kanal nach der Pauke gut geschlossen; die Epidermisierung schreitet nur langsam fort.

22. IV. Pauke fast ganz epidermisiert, ebenso antrum.

10. V. 93. Operation rechts; heftige Chloroformwirkung bis 11. V. incl.

11. V. Rötung und Schwellung der ganzen Nase, macht den Eindruck eines Erysipels, keine hohen Temperaturen.

12. V. Pat. ist ganz munter. Schwellung der Nase hat nachgelassen.

14. V. Erster Verbandwechsel. Epidermis der Nase und Umgebung schuppt sich ab, keine Rötung und Schwellung mehr.

31. V. Die linke Seite zeigt nur noch eine kleine Granulation in der Pauke, sonst ist sie vollständig epidermisiert und trocken. Rechts macht die Epidermisierung gute Fortschritte.

26. VI. Pat. in poliklinische Behandlung entlassen; rechts beginnt sich die Pauke zu epidermisieren, links ist sie bis auf die hintere untere Nische epidermisiert.

5. VIII. Rechts ist alles epidermisiert bis auf die Paukenschleimhaut, Trommelfell ist bis auf eine centrale Perforation regeneriert. Pauke secerniert nur ganz minimal. Linkes Ohr seit 14 Tagen vollständig trocken; Trommelfell ebenfalls bis auf eine centrale Perforation regeneriert. Paukenschleimhaut blass, normal.

Fall. 7. Paul K. Fabrikant 27 J.

Diagnose. Chronische Eiterung rechts mit caries.

Anamnese. Rechts besteht seit vielen Jahren eine Ohreiterung, deren Ursache unbekannt ist; auf derselben Seite bestand öfter Kopfschmerz und Kopfdruck, zeitweise Schwindel. Links sind keine Beschwerden vorhanden.

Stat. praes. Blasser Mann mit unsicherem Gange bei geschlossenen Augen; Pupillen gleichweit und reagieren gut. Herz und Lungen normal; Puls 90, regelmässig. Körpergewicht 58 kg. Urin eiweissfrei. — Am rechten Trommelfelle befindet sich ein Defekt der hinteren Hälfte und eine Fistel über dem process. brev. (Sonde eingeführt): sehr harte Granulationen auf dem Promontorium; Steigbügelkopf sichtbar. Mässige Prominenz und Rötung des medialen Teiles der hinteren, oberen knöchernen Gehörgangswand; fötide Eiterung. Links besteht abnorme Einziehung des Trommelfelles. Flüstersprache wird rechts $1^1/_2$, links $2^1/_2$ Fuss weit gekört; fis_4 rechts bei leisestem Anschlage, links mässig herabgesetzt, c_1, vom Scheitel nach rechts verstärkt.

Therapie. 25. VII. Radicaloperation. Reactionsloser Wundverlauf.

Vom 5—12. VIII. Erysipel, beginnend mit den Erscheinungen einer angina.

10. VIII. Der Überhäutungsprocess ist gut vorwärts gegangen; defluvium capillorum.

3. XI. Granulation am promontorium mit Gromsäure geätzt.

4. XI. Alles überhäutet, nur am promontorium Granulationen; vorn wieder neu gebildeter Trommelfellsaum. Erysipel geheilt. Mitte November noch bestehende geringfügige Eiterung, die bedingt war durch eine Granulationswucherung am promontorium. Entlassen. Weiteres nicht bekannt.

9. XI. Galvanokauter.

Fall. 8. Karl K. Schlosser. 23 J. Aufgen. 19. VI. 93. Entl. 24. VIII. 93.

Diagnose. Chron. Eiterung mit caries links.

Anamnese. Im Juli vorigen Jahres bei einer Wasserfahrt hatte Pat. das Gefühl eines Stiches durch die rechte Backe, fiel dabei unter lebhaftem Schwindel und Verlust des Bewusstseins um; mehrmals Erbrechen, auch noch bisweilen innerhalb der nächsten acht Tage. Am folgenden Tage stellte sich unter lebhaften Schmerzen eine Eiterung aus dem rechten Ohre ein und bemerkte Pat., dass seine rechte Gesichtshälfte schief sei. Die Schmerzen bald im Ohre, bald im Kopfe, hinter dem Ohre oder in der Stirn waren oft so stark, dass Narcotica zur Anwendung kamen und dauern intermittierend bis heutigen Tages. Das Hörvermögen ist seitdem auf dem rechten Ohre stark herabgesetzt, hat allmählig noch mehr abgenommen und nach etwa 5 Wochen den heutigen Zustand erreicht. Pat. wurde mit dem faradischen Strome behandelt und der Zustand besserte sich so weit, dass das rechte Auge wieder geschlossen werden konnte, und das Thränenträufeln aufhörte. Die Eiterung wurde vom Specialisten mit Luftdouche und Ein-

träufelungen behandelt. Pat. kommt wegen der fötiden Eiterung und um sein Gehör zu verbessern.

Stat. praes. Kräftiger, gesunder, grosser Mann; geringe Unsicherheit beim Gehen mit geschlossenen Augen Kopfschmerz. Urin eiweissfrei. In der Umgebung des Ohres nichts abnormes. Am rechten Trommelfelle vorn grosse Perforation, in derselben eine Granulation; unten Narben, nach oben ein Schlitz, in dem eine Granulation liegt. Linkes Trommelfell getrübt; Narbe am umbo. Flüsterzahlen werder links 4 m., rechts auch nicht durch das Hörrohr vernommen. Von Stimmgabeln wird fis_1 rechts stark herabgesetzt, links deutlich, c_1 vom Scheitel beiderseits vernommen. Katheterismus ergiebt rechts Perforationsgeräusch und Rasseln. Erregbarkeit für den faradischen Strom rechts etwas herabgesetzt, ebenso besteht rechts weniger ausgeprägtes Gefühl. Starker Kopfschmerz.

Therapie. 23. VI. Operation.

29. VI. Erster Verbandwechsel.

10. VII. Wunde granuliert stark und hat grosse Neigung zur Stenose; täglich Tamponade.

19. VII. Im Laufe des Tages wiederholtes Frösteln; Klagen über Hals- und Kopfschmerzen. Mittags 38,1°, abends 39,4° Schleimhaut des Pharynx und Nasenrachenraumes hochrot und ödematös. Eisenpillen; Gurgelwasser.

20. VII. Völlig aufgehobene Nasenatmung, Nasenschleimhaut hochrot, geschwollen; einzelne submucöse Hämorrhagieen. Nasenspitze und Nasenflügel geschwollen, gerötet mit scharfer Grenze gegen die Umgebung. Erysipel.

20.—26. VII. Das Erysipel schritt in diesen Tagen, trotz täglich bis über die Grenze erfolgten Collodiumpinselungen über Nasenrücken, beide Wangen, Stirn rechts über die Ohrmuschel und behaarten Kopf bis an den Nacken fort. In dieser Zeit nur wenig remittierendes Fieber bis 40,5°. Viel Kopfschmerzen, schwerkrankes Allgemeinbefinden, völlige Appetitlosigkeit, viel Durst. Die Secretion im Ohre

selbst ist auffällig gering, auch in den Tagen des Erysipels der Muschel. Die sonst sehr üppige Granulationsbildung sistiert, sodass die Wundhöhle gut übersichtlich bleibt. Das necrotische Stück der hinteren Gehörgangswand exfoliiert sich.

27. VII. Erster fieberfreier Tag.

4. VIII Pat. steht wieder auf; starke Abschuppung der Haut aller befallenen Partieen; starker Haarausfall.

23. VIII. Abschuppung hat aufgehört. Wohlbefinden. Gewicht und Körperkräfte wieder völlig hergestellt. Die Epidermisierung der Wunde macht sichtbare Fortschritte. Antrum weit; nur an der hinteren Gehörgangswand stärkere Granulationsneigung.

24. VIII. Pat. hat sich seiner Kleider bemächtigt und ist ohne ärztliche Erlaubnis ausgegangen, daher entlassen worden.

Fall 2 giebt uns Gelegenheit ein Recidiv zu beobachten, dessen relativ häufiges Vorkommen schon bei Erwähnung des habituellen Erysipels konstatiert wurde. Hier ist nur eine freie Zwischenzeit von wenigen Tagen vorhanden. Die sonst allgemein beobachtete Thatsache, dass Recidive in den nächsten Tagen und Wochen nur abortiv verlaufen, ist hier nicht so in die Augen springend, da der erste Anfall bei einer Dauer von 2 Tagen auch nur als rudimentär bezeichnet werden kann. Ein diesbezüglicher Unterschied ist jedoch noch deutlich vorhanden. Zur Erklärung der habituellen Erysipele hat man eine durch die Krankheit jedesmal hervorgerufene Steigerung der Empfänglichkeit mit herangezogen und hier finden wir scheinbar entgegengesetzte Verhältnisse, ein Widerspruch der zum Teil seine Erklärung durch das Thierexperiment gefunden hat. Die Immunisierungsfrage, welche seit dem genaueren Studium der Lebensbedingungen der Microorganismen gegenwärtig im Mittelpunkt der Untersuchungen steht, ist bei Experimenten über Milzbrand zufällig auch mit dem Erysipel ie Berührung gekommen und seitdem

mehrfach Gegenstand von Untersuchungen gewesen. Hierbei hat sich nun ergeben, dass sich eine gewisse Immunität geltend mache, dass aber die Krankheit nach etwa 7 - 8 monatlichem Zwischenraume den ursprünglichen Charakter wieder erlange; was auch der klinischen Erfahrung nicht widerspricht. So liegt die Annahme nahe, dass eine Erysipelinfection zwar die Disposition steigere, aber auf einige Monate den Grad der Reaction von seiten der Gewebe etwas herabsetzte.

Fall 4 bietet die Eigentümlichkeit dar, dass die Rose in ihrem Fortschreiten 3 Tage hindurch unbeabsichtigt durch Verbandstoffe gehemmt wurde. Dass es sich hier um ein rein zufälliges Haltmachen handele, ist wohl nicht recht denkbar, zumal derartige Einflüsse wiederholt beobachtet sind und notwendiger Weise zu dem Versuche Veranlassung gegeben haben durch therapeutische Massnahmen in jedem Falle ein sonst nur hie und da zufällig auftretendes Hemmnis herzustellen. Welche Bahnen dabei eingeschlagen sind, mag im Zusammenhange am Schlusse der Abhandlung betrachtet werden.

Fall 5 zeigt wieder die Schwierigkeiten, die sich immer noch bei der Diagnosestellung einstellen können, hier in Beziehung zur Urticaria. Besonders werden dazu abortiv verlaufende Fälle Veranlassung geben, die in letzter Zeit ohne Frage häufiger als früher gesehen werden, vielleicht ist dieses der Einführung der Antisepsis zu danken, indem dadurch die Virulenz des Giftes vermindert wird. Von irgend welcher praktischen Bedeutung ist diese Unsicherheit der Diagnose, die wohl auch im Verlaufe der Krankheit in den meisten Fällen wird gelöst werden können, absolut garnicht, da die Erscheinungen derartige sind, dass unbesorgte exspectative Behandlung am Platze ist. Eine ähnliche, harmlose Beurteilung verdient Fall 6. Gesichert ist hier die Diagnose, welche anfangs auch zweifelhaft sein konnte, nachträglich durch die Art der Abheilung mit Schuppenbildung, wie sie für die Rose sehr charakteristisch ist.

Mehr Interesse verdienen die letzten beiden Fälle, welche durch eine angina kompliciert sind. Es liegen hier zwei Möglichkeiten vor, die angina kann eine einfach begleitende katarrhalische oder eine echte erysipelatöse sein. Dass nämlich das Erysipel in seiner Localisation nicht streng an die äussere Haut gebunden, sondern auch auf Schleimhäuten die Möglichkeit seiner Entwickelung gegeben ist, wurde von Alters her beobachtet. Speciell Erysipel des Rachens findet schon bei Hippokrates Erwähnung, lenkte jedoch erst wieder im letzten Jahrhunderte die Aufmerksamkeit auf sich, indem es bei seinem Übergreifen auf die Luftwege durch die Schwellung lebensgefährliche Zustände erzeugten, die auch, wie mehrere Chirurgen beobachteten, durch die Tracheotomie nicht abzuwenden waren. Dass diese Erscheinungen mit so traurigem Ausgange nicht auf einfach begleitende katarrsalische, sondern specifische Affektionen zurückzuführen sind, ist wohl mehr als wahrscheinlich. Allerdings stösst hier die Diagnose auf besondere Schwierigkeiten. Neben Beachtung der localen Symptome: Rötung, ödematöse Schwellung und Erschwerung der Deglutation ist ganz besondere Rücksicht den Allgemeinerscheinungen und dem Gesammtverlaufe zu schenken. In vielen Fällen wird es trotzdem zweifelhaft bleiben, ob es sich um eine wirklich specifische Infection oder einen nur komplicierenden Katarrh handelt, da letzterer gar nicht selten zu sein scheint, ja nach einer Zusammenstellung auf 60% angegeben ist. Dieser kann erst im Verlaufe der Koptrose auftreten oder ihr auch mehrere Tage vorhergehen. In letzterem Falle ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass durch den Katarrh die Eingangspforte für die Infektion geschaffen werden kann, und sich dann das Erysipel durch die vorhandenen Ostien und selbst das intakte Trommelfell secundär auf die äussere Haut fortpflanzt. Dass die Krankheit bei dieser Localisation auch schwere innere Veränderungen, wahrscheinlich auf dem Wege der Lymphbahnen hervorrufen kann, lehrt eine

Mitteilung von Delavan 85: „Nach starker Rötung und mässiger Schwellung des Pharynx kommt es am 4. Tage zu einem deutlichen Gesichtserysipele, das nach 8 Tagen typisch verschwindet. Es bleiben psychische Störungen zurück, dass der bis dahin stets gesunde Patient in eine Irrenanstalt gebracht werden muss.“ Die Zahl der in den letzten Decennien veröffentlichten Fälle von erysipelatöser Angina überschreitet zwanzig wohl nicht beträchtlich; noch weiter zurückzugehen, ist nicht ratsam, indem damals der Krankheitsbegriff von den einzelnen Autoren noch zu unbestimmt aufgefasst wurde. Dass es sich in diesen beiden Fällen um eine echte erysipelatöse Schleimhauterkrankung handelt, dürfte nach den Versicherungen der behandelnden Ärtzte, wenn es in den Krankengeschichten zum teil nicht scharf betont ist, keinem Zweifel unterliegen, indem das Fortschreiten des Processes auf die äussere Haut bei entsprechenden Allgemeinerscheinungen genau verfolgt werden konnte.

Direkt von einer Wunde ging die Rose aus in folgenden Fällen:

Fall 9. Friedrich K. Schäfer 57 J.

Diagnose: Lupus auriculae.

Anamnese. Pat. war nie ohrenkrank; vor etwa 10 Jahren bekam er am linken Ohre kleine Schorfe, die nässten und bald Blut und Eiter absonderten. Die Affection blieb ohne ärztliche Behandlung, bis am 19. Sept. die lupösen Stellen in hiesiger Klinik mit dem Paquelin ausgebrannt wurden. Tuberculöse Belastung liegt nicht vor. Das ganze linke Ohr ist eczematös infiltriert, an ihm und in seiner Umgebung befinden sich zahlreiche Knötchen. Das linke Trommelfell ist nicht deutlich, das rechte leicht getrübt. Die Flüstersprache wird L. 30 cm, R. 3 m weit gehört, von Stimmgabeln C_1 unbestimmt, fis_4 deutlich vernommen. Der Katheterismus ergiebt rechts Anschlagen und Blasegeräusch, links nur undeutliches Blasen. In der linken Nasenhöhle ein Polyp; die linke Mandel hypertrophiert.

Therapie. Paquelin. Später wird lapis in Substanz angewendet.

9. X, 1 mgr Tuberculin, ohne Reaction.

12. X. 2 mgr „ „

19. X. 4 mgr „ „

21. X. 8 mgr „ Rückenschmerzen.

Temp. 38,8° keine locale Veränderung.

26. X. 10% Lapislösung wird auf das Eczem appliciert.

29. X. Auskratzen der lupösen Stellen mit dem scharfen Löffel und Ausbrennen mit Paquelin. Nachblutung, Gefäss unterbunden.

5. XI. Kräftige Granulations- und Epidermisbildung ausser am vorderen Wundrande.

17. XI. 8 mgr. Tuberculin.

25. XI. Die vordere verdächtige Stelle scheint nach mehrfachem Ätzen noch aufzuheilen.

4. XII. 1 cgr. Tuberculin ohne Reaction.

5. XII. 1 cgr. Tuberculin ohne Fieber, Pat. klagt jedoch über ziemlich heftige Rückenschmerzen.

11. XII. 1 cgr Tuberculin.

14. XII. 1 cgr „

Von den lupösen Stellen ausgehend entsteht ein Erysipel faciei; am Abend vorher wurde Rasseln über der rechten unteren Lungengegend gehört.

19. XII. Rasseln über dem ganzen Rücken.

24. XII. Temperatur bleibt hoch; das Erysipel hat sich über den ganzen Rücken ausgebreitet.

30 XII. Temp. früh 35,8°; abends 40 C.

1. I. Fieberfrei. Appetit steigt. Wunde fast verheilt

17. I. Eine verdächtige Stelle besteht noch vorn am Tragusansatzte. Entlassen. Kein Recidiv des Lupus.

Fall 10. Martha H. Arbeiterstochter 7 J. Aufgen 30. V. 92. Entl. 28. VII. 92.

Anamnese. Im Alter von 3/4 Jahr wurde bei Pat. nach 8 wöchentlicher Ohreiterung eine Aufmeisselung vorgenommen, das antrum wurde nicht erkrankt vorgefunden.

Die Eiterung blieb darauf weg, bis vor einigen Tagen eine Anschwellung hinter dem Ohre auftrat.

Therapie: 30. V. Aufmeisselung mit Resection der hinteren Gehörgangswand.

1. VI. Erysipel von einer Fusswunde ausgehend. Sublimatumschläge, Collodium.

6. VI. Etliche Nähte erweitert.

18. VII. Höhle übersichtlich.

21. VII. Beim Durchspülen durch die Tube entleeren sich spärliche, trockene Bröckel. — Complete Heilung, welche nach mündlicher Mitteilung des dortigen Artztes bis jetzt von Dauer gewesen ist.

Fall 11. Wally K. 21 J.

Anamnese. Seit 8 Jahren besteht links Ohrenlaufen mit acutem Beginn, dessen Ursache unbekannt ist. Der Eiter war nie stinkend und war gering: Kopfschmerzen fehlten.

Stat. praes. Etwas anämische Person, bei der Herz und Lungen normal sind. Urin eiweissfrei. — Die Umgebung der Ohren bietet nichts abnormes. Links findet sich ein den Gehörgang völlig obturierender Polyp von himbeerartiger Form; daneben leichte Eiterung. Rechts ist leichte Trübung vorhanden. — Flüstersprache wird rechts 4. m. weit, links nur unmittelbar am Ohre gehört. Von Stimmgabeln wird c vom Scheitel nach links verlegt, fis, beiderseitig, doch links erst bei stärkerem Anschlage gehört. Katheterismus ergiebt links Perforationsgeräusch mit Rasseln, rechts Blasegeräusch Es besteht eine leichte Rhino-Pharyngo-Otitis chron.

Therapie. Durchspülungen per tubam.

9 I. 93. In Narcose werden die Polypen mit der Schlinge extrahiert; die Wurzel kommt zum grössten Teil aus einer Durchbruchsstelle der hinteren, oberen Gehörgangswand, zum geringeren auch aus der Pauke. Auf der Sonde wird durch Abmeisselung der hinteren Wand nach Vorklappen des Ohres der Durchbruch freigelegt und die vordere Attikwand entfernt. Der Hammer ist bis auf ein

Rudiment des Kopfes und Halses durch caries zerstört, Ambos nicht vorhanden. Der mediale Teil des knorpeligen Gehörganges wird gespalten, die hintere Wunde durch 7 Nähte vereinigt und der Gehörgang tamponiert.

14. I. Verbandwechsel, Wunde per prim. intent. vereinigt; Gehörgang hat sich gut angelegt, ganz geringe Secretion.

20. I. Nach dem Verbandwechsel im Colleg am 19. I. sind die vereinigten Wundränder an einigen Stellen geplatzt, und es entleert sich ziemlich viel Eiter, besonders aus der oberen Wundtasche. Drainrohr. Klagen über Mattigkeit und völlige Appetitlosigkeit.

24. I. Abendtemp. 40,0°. Klagen über heftigen halbseitigen Kopfschmerz auf der operierten Seite. Schüttelfrost ist nicht dagewesen. Völlige Appetitlosigkeit, hochgradige Mattigkeit. Beim Verbandwechsel ist der seit gestern liegende Verband mit Eiter ganz durchtränkt. Die Umgebung der Wunde ist infiltriert und auf Druck sehr empfindlich. Die Wunde wird wieder in ihrer ganzen Ausdehnung mit dem Knopfmesser dilatiert. In dem oberen Wundwinkel dicker Eiter, Jodoformgazeverband.

25. I. Feuchter Verband mit Solut. Burow, hohe Temperaturen.

26. I. Heute ist die stark gerötete Haut in der Umgebung der Wunde gegen die normale Haut scharf abgegrenzt, besonders vor dem Ohre über der Jochbogengegend. Das Erysipel geht bis zur Mittellinie des Schädels. Auf dem Scheitel miliare Pustelbildung. Hohe Temperaturen. 1‰ Sublimatumschläge werden zweistündlich erneuert.

27. I. Während das Erysipel auf dem linken Jochbogen abblasst, schreitet es auf Stirn, Nasenansatz und andere Seite des Gesichtes fort. Die Pusteln trocknen ein.

28. I. Keine wesentliche Änderung, nur ist das Erysipel auch auf das Occiput fortgeschritten.

29. I. Kein Fieber mehr; Rötung und Infiltration auf Stirn und Nase sind im Zurückgehen begriffen: Scheitel und Hinterkopf sind noch sehr schmerzhaft.

30. I. Fieberfrei; heute ist alles abgeblasst. Auf dem Nasenansatze und linken Jochbogen starke Abschilferung. Allgemeinbefinden ist bedeutend besser.

1. II. Befinden wesentlich gehoben; Appetit rege Pat. steht zum ersten Male wieder auf. Der Gehörgangstrichter hat sich fast völlig angelegt, in demselben keine Stenose. Die hintere Operationswunde kommuniciert breit mit dem Antrum und Gehörgang. Von hinten oben, dem aditus, herkommende üppige Granulationen werden geätzt.

15. II. Der hintere Operationskanal beginnt sich durch Granulationen aus der Tiefe zu schliessen. Salbenverband. Gehörgang weit und bis auf den medialen Teil epidermisiert. Pauke zum Teil, unten und vorn epidermisiert. Eiterung nicht sehr stark.

28. II. Die Wunde ist hinten bis auf eine kleine Stelle geschlossen. Die Epidermisierung ist auch auf den medialen Teil fortgeschritten. Granulationen von hinten oben her nur noch gering und beginnen fibrös zu werden. Allgemeinbefinden vorzüglich.

11. III. Die Wunde hinten ist geschlossen, infolge dessen wird der Verband nicht mehr erneuert. Die Granulationen hinten und oben sind noch des öfteren geätzt.

19. III. Das Trommelfell ist bis auf einen geringen birnförmigen Defekt regeneriert, die Ränder granulierend. Kleine Granulation auf dem promontorium. Pat. wird auf Wunsch entlassen. Stellte sich im Juni 1894 wieder vor Ohrleiden vollständig geheilt.

Fall 12. Christiane K. Arbeiterin 68 Jahr. Aufgen. 10. III. 94. Entl 18. V. 94. Diagnose. Acute Eiterung mit Entzündung des Warzenfortsatzes (caries) rechts.

Anamnese. Letzte Weihnachten traten ohne nachweisbare Ursache Schmerzen im rechten Ohre auf, welches bald darauf anfing zu laufen. Angeblich ist zu gleicher Zeit Schwellung und Schmerz hinter dem Ohre aufgetreten. Ärztliche Behandlung mit Ausspülung und Einträufeln eines Ohrwassers wurde bis jetzt fortgesetzt. Vor 4 Wochen

trat starker, in ungleichen Intervallen wiederkehrender Schwindel auf ohne sonstige Kopferscheinungen. Vor 3 Wochen hat der Arzt hinter dem Ohre eine Incision gemacht, bei welcher sich eine beträchtliche Menge Eiter entleerte; darauf bestand relatives Wohlbefinden Die Wunde wurde offen gehalten. Auf Anraten des Arztes sucht Pat. die Klinik auf.

Stat. praes. Rüstige, kräftig gebaute und gut genährte Frau mit dickem Abdomen. Dieselbe hat vor 10 Jahren infolge eines Sturzes eine starke Quetschung ihres linken Beines davongetragen, seitdem trägt sie eine Gummibinde. Vor 3 Jahren litt Pat. wieder an den Beinen und konnte etwa $^3/_4$ Jahr lang nicht gehen, wodurch sie sehr dick und kurzatmig wurde. Seit Kindheit besteht Conjunctivitis und Dacryocystitis, welch letztere bereits operativ behandelt wurde; jetzt hat sich ein Ectropion entwickelt. Herz und Lunge gesund; Körpergewicht 74 kgr. Hinter dem rechten Ohre besteht Schwellung, besonders nach dem occiput hin, Rötung und Druckempfindlichkeit an der Spitze des process. mastoid und vorn über demselben. Rechter Gehörgang ist, soweit zu übersehen, normal weit und in der Tiefe von weissen Epidermismassen ausgefüllt, weshalb das Trommelfell nicht zu sehen ist.

12. III. Seit gestern Senkung der hinteren, oberen Wand: in der Tiefe nur Epidermis, keine Granulationen sichtbar. Flüstersprache wird rechts auch nicht durch Hörschlauch, links handbreit gehört: Stimmgabeluntersuchung ergiebt: fis_1 beiderseits sehr herabgesetzt; c_1 wird vom Scheitel und über die Mittellinie hinaus nach rechts verstärkt vernommen. Catheterismus ergiebt rechts Rasseln ohne Perforationsgeräusch. Kein Fieber.

Therapie. 11. III. Operation. Danach Klagen über Schmerzen auf der operierten Seite, sonst leidliches Wohlbefinden.

12. III. Pat hat unruhig geschlafen, befindet sich jedoch heute Morgen leidlich gut; wenig Appetit

13. III. Allgemeinbefinden gut; Appetit besser.

15. III. Erster Verbandwechsel; Ohr ist trocken, die Operationswunde sieht gut aus.

17. III. Ohr trocken; die Wunde granuliert; starke Sekretion; Abspülung; Verband.

21. III. Allgemeinbefinden ist gut; Pat. hat regen Appetit und schläft ruhig. Die Wunde reinigt sich.

24. III. Pat. hat die letzte Nacht unruhig geschlafen. Appetit ist gering, die allgemeine Mattigkeit ist recht bedeutend. Die Kranke klagt über Kopfschmerzen und zittert stark, besonders an den Beinen. Am Abend ist die Temp. 39,0° Puls 104, nach einer Morgentemp. von 37,0°.

25. III. Morgentemp. 38,4° P. 100, Pat. hat gar nicht geschlafen, wirft sich viel im Bett umher und klagt über heftige Kopfschmerzen. Das Gesicht, besonders die Stirn ist geschwollen, glänzend, heiss und rot. Erysipelas faciei. Die Röte setzt sich hinter dem Ohre auf die Umgebung der Wunde fort, die Ränder derselben sind dick. Collodiumanstrich; Eisblase; Chinin; Abendtemp. 39,0°.

26. III. Morgentemp. 38,4° P 100. Die Nacht verlief schlaflos. Stöhnen, heftige Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. Die Rötung im Gesicht und hinter dem Ohre ist auf ihre gestrige Ausdehnung beschränkt geblieben. An der Wunde keine Veränderungen. Eisblase auf den Kopf, Chinin, Abendtemp. 38,8°.

27. III. Morgentemp. 37,8. Diese Nacht war Pat. etwas ruhiger, sie klagt aber immer noch über Schmerzen im Kopfe; auch Arme, Beine, ja der ganze Körper thut ihr weh. Die erysipelatös geröteten Partieen des Gesichtes und hinter dem Ohre haben sich mit Schuppen bedeckt. Die Ränder der Operationswunde sind auffallend scharf und schlaff. Abendtemp. 38,3°.

28. III Morgentemp. 39,0°. Der Schlaf war wieder sehr unregelmässig und unruhig: die Schmerzen scheinen etwas nachgelassen zu haben: wieder etwas Appetit.

29. III. Morgentemp. 38,4°. Pat. schlief ruhiger, nimmt Suppe mit Appetit zu sich. Das Gesicht ist mit trocknen Borken bedeckt, ebenso die Umgebung der Wunde; die Röte ist fast verschwunden, auch ist nur noch wenig Schwellung vorhanden. Die Abschuppung hat begonnen: die Wundränder sehen wieder straffer aus, die Wundhöhle hat sich gereinigt und zum Teil mit guten Granulationen gefüllt. Abendtemp. 38,6°. Chinin.

30. III. Temp. 38,5°. Pat. hat ruhiger geschlafen; die Abschuppung schreitet fort. Bedeutende Besserung im Allgemeinbefinden; abends Temp. 37,7°.

31. III. Morgentemp. 38,1°. Leidlich gutes Allgemeinbefinden, befriedigender Appetit. In der Wunde hat sich der ganze, bis dahin freiliegende Knochen mit Granulationen bedeckt. Abendtemp. 37,9°.

3. IV. Wunde granuliert etwas träge.

7. IV. Die Wunde granuliert träge, die Ränder sind wieder gut granulierend. Ganz lockere Tamponade.

11. IV. Die Morgen- und Abendtemperaturen wie auch der Puls sind wieder normal. Schlaf und Appetit sind gut; Stuhlgang stets regelmässig. Pat. fühlt sich wieder wohl. Die Wunde granuliert, aber sehr langsam. Ohr trocken.

15. IV. Allgemeinbefinden gut. Heilung der Wunde nicht viel fortgeschritten, ein Drain wird in dieselbe eingelegt.

20. IV. Die Wunde granuliert auffallend langsam, ein mit Ol. Terebinth betupfter Verband wird angewendet.

23. IV. Durch die einige Male ausgeführte Betupfung der Wundfläche mit Terpentinöl ist die Granulation angeregt. Befinden andauernd gut.

5. V. Die Operationswunde hat sich nur zum Teil mit Granulationen erfüllt; der Knochen ist jedoch überall bedeckt; die Wunde bleibt daher unter dem Niveau der Umgebung zurück. Von den Rändern her hat sich gute

Epidermis auf die Wundfläche geschoben. Allgemeinbefinden gut.

7. V. Pat. klagt über Kopfschmerzen und Stiche in der rechten Seite. Priessnitz.

8. V. Die Stiche unter dem rechten Schulterblatte sind recht bedeutend geworden. Temp. morgens 36,2° und 38,0°, mittags 38,2° abends 37,8°. Die Respiration ist sehr beschleunigt (40—50); Puls: 120. Auf die Schmerzhaften Stellen werden Schröpfköpfe aufgesetzt.

9. V. Pat. befindet sich auffallend besser. Die Schmerzen sind geschwunden, der Kopf ist freier. Temp. 37,0° Puls 80. Appetit ist wieder vorhanden.

10. V. Befinden gut, an der Operationswunde nichts besonderes.

14. V. Die Wunde wird unbedeckt gelassen.

18. V. Pat. wird als geheilt entlassen. Die Wunde hat sich mit einer glänzenden, trocknen Haut überzogen. Hörfähigkeit 25 cm. Das Allgemeinbefinden ist ein gutes, das Körpergewicht ist auf 65 kgr. zurückgegangen, was auf die Pat. entschieden von wohlthuendem Einflusse ist. Auch das chron. Eczem am Beine ist bedeutend gebessert.

Als Wunde ist hier auch, vielleicht nicht ganz einwandsfrei, die lupöse Erkrankung aufgefasst, indem es eine Continuitätstrennung der allgemeinen Decke ist. Zufällig ist dazu ein Erysipel gekommen, das eine wunderbare Heilwirkung auf das chronische Leiden ausgeübt hat. Die eklatante Wirkung ist aus der Krankengeschichte nicht so ersichtlich, wie sie in Wirklichkeit eingetreten ist. Vier Monate hindurch sind mannichfache therapeutische Massnahmen: Thermokauter, Lapislösung, Tuberkulininjection und scharfer Löffel angewendet, ohne jedoch das Resultat zu erzielen, wie es sich infolge dieser Complication einstellte. Der Erfolg ist kein zufällig coincidierender, sondern viele sonstigen Beobachtungen zwingen zu der Annahme, dass die Rose Einfluss auf pathologische Processe auszuüben vermag, wie es zweifellos bei Syphilis, Carcinom, Sarcom,

Lupus u. a. konstatiert ist. Es konnte daher nicht ausbleiben, dass in renitenten Fällen versucht wurde diese Complication künstlich zu erzeugen. Direkte Impfversuche schlugen fehl; deshalb legte man inficierte Verbandstoffe auf, oder steckte die Patienten in ein Bett, dass erfahrungsgemäss Wundrose entstehen liess, ohne jedoch immer zum Ziele zu kommen. Nach Entdeckung der Erysipelcoccen ist es nun endgültig gelungen durch Verimpfung von Reinkulturen ein echtes Erysipel von der Impfstelle entstehen zu lassen. Fehleisen selbst hat dadurch in mehreren Fällen bei inoperabelen, malignen Affectionen Heilung, wenn auch nur temporär, erzielt. Als man jedoch in dieser Richtung methodisch vorging, stiess man auf grosse Hindernisse. Der Brand, einmal entfacht greift in einer unberechenbaren Ausdehnung um sich. Die kühnen Erwartungen, die man anfangs auf diese Behandlungweise hegte, gingen denn auch zurück, als Todesfälle dabei verschuldet wurden. Die Indicationen sind infolgedessen strenger gestellt; der Arzt ist nicht berechtigt seinen Patienten so grossen Gefahren auszusetzen, solange er es nicht in der Hand hat nach Gutdünken der erzeugten Krankheit Einhalt zu thun, oder bei Abschwächung der Allgemeinerscheinungen dieselben localen Erfolge zu erzielen. Ganz unbegreiflich aber erscheint es „ein haselnussgrosses Lymphosarcom am Halse" (Kleeblatt 90) durch Erysipelcoccen beseitigen zu wollen in einer Zeit, die darauf stolz ist, dass die einzig und allein indicierte Entfernung mit dem Messer ohne accidentelle Wundkrankheit verlaufen muss.

Beim nächsten Falle kann zweifelhaft sein, ob er streng zu dieser Gruppe zu rechnen ist oder nicht vielleicht besser zur vorigen, da er zwar ein Wunderysipel betrifft, dieses sich aber nicht an eine in der Klinik ausgeführte Operation anschliesst, sondern wahrscheinlich die ersten Keime schon von aussen mit hereingebracht sind.

Es bleiben somit als klinische Wunderysipele des ganzen Decenniums nur zwei übrig. Bei ersterem ist wohl

der Verbandwechsel während der Vorlesung als Veranlassung nicht ganz auszuschliessen. Es ist dies ein Übelstand der Demonstration, der, soweitgehende Berücksichtigung ihm auch von seiten des Lehrers in jedem einzelnen Falle zu teil werden mag, doch nicht immer wird vermieden werden können, wenn er auch auf ein Minimum eingeschränkt wird. Der letzte Fall bestätigt die alte Erfahrung, dass korpulente, behäbige Personen besonders für die Rose empfänglich sind.

Die a und antiseptischen Massnahmen bei der Wundbehandlung in der Klinik und die Behandlung eingeschleppter Rosefälle sind als vollständig gelungen zu bezeichnen, indem unter etwa 1000 grösseren, operativen Eingriffen nur zweimal die Wunde direkte Eingangspforte für das Erysipelgift war; und während beständig durch von aussen sich meldende Fälle für dessen Vorhandensein gesorgt war, ist doch ein enhospitales Umsichgreifen vermieden worden. Auch eine Verbreitung unter den Kranken ist verhindert, obgleich wiederholt die ordinierenden Ärzte von der Rose befallen sind.

Der Vollständigkeit wegen mögen nun noch einige statistische Zusammenstellungen folgen, ohne diesen jedoch wegen der geringen Zahl irgend welche grössere Bedeutung zusprechen zu wollen.

Von jeher hat man eine Prädisposition des weiblichen Geschlechtes bei der Rose beobachtet, auch in unserer Zusammenstellung findet sich dieselbe wieder, indem von 38 Fällen 22 auf weibliche Personen fallen.

In Bezug auf das Alter der Patienten verteilen sich die Fälle folgenderweise:

— 9 J.:	6 Pers.;	40 - 49 J.:	1 Pers.
10 – 19 J.:	13 „ ;	50—59 J.:	2 „
20 – 29 J.:	9 „ :	60—69 J.:	3 „
30 – 39 J.:	3 „ ;	70—79 J.:	1 „

Während im allgemeinen die grösste Häufigkeit auf die Blütezeit des Lebens 20 40 J verlegt wird, fällt hier

die grösste Zahl in die erste Hälfte des Lebens; zweimal ist das erste Lebensjahr, das man nach anderen Erfahrungen fast für immun hält, befallen worden.

Das gehäufte Auftreten zu gewissen Jahreszeiten hat Veranlassung gegeben eine Ursache dafür in meteorologischen Verhältnissen zu suchen ohne jedoch selbst unter Benutzung eines grossen Materials zu bestimmten Resultaten zu kommen. Hier verteilen sich die Fälle auf die einzelnen Monate, wie folgt:

Jan. : 2	Juli : 1
Febr. : 7	Aug : 4
März : 2	Sept. : 2
April : 2	Oct. : 3
Mai : 7	Nov. ; 3
Juni : 3	Dec. : 2

Die periodische Akme in der Mitte eines jeden Quartals ist trotz ihrer Gleichmässigkeit nicht als mehr denn eine rein zufällige anzusehen.

Therapie. Wohl bei keiner Krankheit hat sich die Sympathie in so hohem Grade erhalten als beim Erysipel: die Rose wird jetzt noch in überaus zahlreichen Fällen „besprochen". Es ist dies eine Thatsache, die bedauert werden muss, aber immerhin im ganzen doch recht unschuldiger Natur ist, während man ein gleiches nicht von allen therapeutischen Massnahmen der Jetztzeit behaupten kann. Erinnert sei nur an das traurige Vorkommnis, dass maligne Neubildungen unter unberufenen Händen leider recht häufig inoperabel werden, oder Affectionen von progressivem Charakter die scheusslichsten Zerstörungen anrichten, ehe ihnen durch zweckmässige Behandlung Einhalt gethan wird. Dass bei der Rose die Sympathie scheinbar immer noch Triumphe feiert, steht in innigster Beziehung zum Charakter der Krankheit selbst. Plötzlich tritt diese unter sichtbaren äusseren Veränderungen und sehr schweren Allgemeinerscheinungen auf, um nach wenigen Tagen ebenso unvermittelt unter restitutio ad integrum wieder zu verschwinden.

Dieselbe grosse Gefahr der Überschätzung eines therapeutischen Eingriffes stellt sich auch wieder ein bei der Beurteilung von specifisch-medicamentöser Behandlung. Gar zu gern wird von dem Arzte das gewöhnlich schroffe Verschwinden der Krankeit seinem Medicamente zugeschrieben, während es oft nicht wegen, sondern trotz seines Eingriffes eingetreten ist. Einen solchen Vorwurf kann man wohl den englischen Ärzten nicht ersparen, die in grossen Dosen das Eisen anwendeten und begeistert für dessen Wirksamkeit eintraten. In Deutschland hat es sich in dieser Eigenschaft nicht einbürgern können. Ebenso wenig haben die sonst noch empfohlenen inneren Mittel: Pilocorpin. hydrochlor., Oleum therebinth, Kal. jodat und Andere sich irgend welche Beachtung zu verschaffen vermocht. Anders sind die Mittel zu beurteilen, welche gereicht werden um symptomatischen Indicationen zu genügen. Ununterbrochenes, sehr hohes Fieber mit nur geringen Morgenremissionen, stürmische, oft recht bedrohliche Allgemeinerscheinungen fordern den Arzt unbedingt zu thätigem Einschreiten auf. In erster Linie sind hier die modernen Antipyretica: Antifebrin, Antipyrin und Phenacetin zu nennen, die in ihren Wirkungen und Nebenwirkungen hinlänglich erforscht sind um allgemeines Vertrauen zu erwecken. Ebenbürtig stellt sich ihnen zur Seite der methodische Gebrauch kühler Bäder, wie sie sich bei der Behandlung des Typhus so nützlich erwiesen und seitdem bei fast allen acut fieberhaften Krankheiten eine dominierende Stellung erobert haben. Nicht zu vernachlässigen ist dabei eine Darreichung von Reizmitteln in vernünftigen Gaben, starker Wein, kräftiges Bier und Alkohol. Auch weniger heftige Störungen im Allgemeinbefinden sind beständig und ganz besonders bei langdauernden mit schwerer Entkräftigung einhergebenden Wandererysipelen einer sorgfältigen Berücksichtigung zu unterziehen und nach den allgemein üblichen Grundsätzen zu behandeln.

Das Bestreben durch innere Ordination den Krankheitsverlauf zu beeinflussen, ist somit ziemlich erfolglos geblieben und wird in absehbarer Zeit voraussichtlich nicht viel glücklicher sein. Beruht ja doch einerseits die Entdeckung eines Specificums auf einem glücklichen Zufalle, da wir noch keinen Einblick in die Art ihrer Wirkung haben um gestützt darauf einheitliche Wege im Experimente einschlagen zu können. Andererseits ist auch die Krankheit verhältnismässig selten und in der Prognose immerhin nicht so ungünstig um zu vielem Experimentieren nach dieser Richtung hin aufzufordern. Mit um so regerem Eifer hat man sich bei jenem Misserfolg auf die locale Behandlung geworfen, besonders seitdem man glaubt annehmen zu dürfen hier die causa proxima zu finden. Zwar nicht von diesem Gesichtspunkte ausgehend, aber doch am nächsten liegend sind hier zu nennen in erster Linie: Puder und Öl bez. Salbe. Ersteres wird sich als zweckmässig erweisen, wenn infolge gegenseitigen Druckes der geschwollenen und nässenden Teile intertriginöses Eczem oder leichter Decubitus entsteht. In allen Fällen empfiehlt es sich die gerötete Haut mit Öl oder Salbe zu bstreichen; hierdurch werden die örtlichen Beschwerden, unangenehme Spannung, leichtes Brennen, sowie grosse Empfindlichkeit gegen Luftzug und Temperaturveränderungen für den Kranken gelindert; ein Verfahren, das auch auf die Reconvolescenz auszudehnen ist, da es wie unten erörtert werden soll, wohl etwas dazu beitragen kann, die Infectiosität des Erysipels herabzusetzen. Auch hier wieder hat man Erfolge zu sehen geglaubt beruhend auf specifischer Wirksamkeit zugesetzter Medicamente. In diesem Sinne ist Ichthyol empfohlen, welches „die Dauer der Krankheit sichtlich (zur durchschnittlichen Dauer von 4—5 Tagen) abkürzt", ebenso Terpentin „auf 5 Tage" und das Bismuthum subnitricum. Es erscheint dies von vornherein nicht recht plausibel, da es uns an sonstigen Analogieen in der Medicin fehlt. Wir haben es hier nicht mit einer streng local begrenzten Affection der

oberflächlichen Hautpartien zu thun, sondern mit einer Noxe, die immerhin tief genug liegt um es unwahrscheinlich zu machen, dass sie bei intakter Haut von diesen Mitteln bis zum Untergange irritiert werden könne.

Etwas näher kommen unseren Begriffen schon diejenigen Methoden, welche die antibacteriellen Stoffe — denn mit einer parasitären Krankheit haben wir es ja unzweifelhaft zu thun — unter die Epidermis bringen. Hier sind angewendet worden direkte Injection und Application der bekannten experimentell erprobten Desinficientien nach voraufgegangener Scarification. Doch auch dieses Verfahren, ein echtes Kind der Jetztzeit, genügt nicht den Voraussetzungen, auf Grund deren es eingeführt wurde. Der hier eingeschlagene, allerdings Vertrauen erweckende Weg ist: Tolle causam, was aber nach unseren jetzigen Ansichten nicht wohl erfolgreich sein kann. Bacterienhemmende Mittel in solchen Concentrationen und socher Dauer der unmittelbaren Einwirkung, wie sie auf Grund von Laboratoriumsversuchen erforderlich sind, können im Unterhautzellengewebe nicht in so grosser Ausdehnung angewendet werden ohne die schwersten Intoxicationserscheinungen hervorzurufen; besonders wenn wir die schnell und ununterbrochen fortdauernde Verdünnung durch die Gewebssäfte und den kreisenden Blutstrom mit in Rechnung ziehen.

So wenig Vertrauen erweckend auch alle diese eingeschlagenen Bahnen sein mögen, so ist doch die Thatsache nicht zu bezweifeln, dass es möglich ist durch örtliche Massnahmen sichtbaren Erfolg auf das Erysipelerythem auszuüben. D Fall 4 wurde vermerkt: die erysipelatöse Schwellung schneidet genau am Verband ab, unter diesem ist die Haut normal.“ Beobachtungen wie diese, die keineswegs selten sind, drängen unwillkürlich zu der Überlegung, es müsse wie hier zufällig, so auch künstlich Eingrenzung der progressiven Entzündung möglich sein. Auf welche Weise wir uns diesen Vorgang erklären sollen, darüber können bisher nur Vermutungen aufgestellt werden, doch

können wir unter dem Einflusse der Bacterientheorieen nicht umhin anzunehmen, dass durch alle die zu erörternden Methoden auf die Lebensvorgänge der Microorganismen eingewirkt werde. Welcher Faktor dabei der massgebende ist, entzieht sich noch ganz der Beurteilung; vielleicht bringt das Studium der Lebensbedingungen, die in den bacteriologischen Laboratorien rege beobachtet werden, darüber näheren Aufschluss. Praktische Erfolge, die man durch Überfirnissen der erkrankten Hautteile erzielt hat, ist man geneigt dem Luftabschlusse zuzuschreiben, eine Annahme von obligaten Aeroben, die dem Experimente ebenso zugänglich wie seiner bedürftig ist. An dieser Stelle ist auch das Traumaticin und Collodium zu nennen.

Etwas grössere Verbreitung hat das Verfahren gefunden rein mechanisch durch Umziehen mit Heftpflasterstreifen die Rose zum Stehen zu bringen, was in der That in vielen Fällen gelungen ist. Die Entzündung drang bis zum Heftpflasterstreifen vor, die Haut schwoll vor dem Streifen gewöhnlich mächtig an um dann nach einigen Tagen zur Norm zurückzukehren, und erst während dieser Zeit trat Entfieberung auf. Es ist dabei aber immer vorausgesetzt, dass der Streifen überall der Haut gut anliege und das Pflaster gut klebe, so erheischt dieses Verfahren bei aller seiner Einfachheit doch Genauigkeit und Sorgfalt. Und der Erfolg ist nicht so sehr in die Augen springend, wenn dabei „das Fieber auf eine durchschnittliche Dauer von 4—6 Tagen beschränkt wurde". Geradezu im Stiche gelassen hat es wiederholt an den Extremitäten, indem hier der Krankheitsprocess unter dem Streifen in der Tiefe durchwanderte um jenseits desselben wieder an die Oberfläche zu kommen; in diesem Falle wurde dann noch folgendes Verfahren angewendet:

An der Grenze, aber noch im gesunden Gewebe wird ein Scarificationswall angelegt von zwei sich gitterartig durchkreuzenden Zickzacklinien, indem die Schnitte nicht tiefer als nötig angelegt werden um eine mässige Blutung

hervorzurufen; darauf werden häufig erneuerte Sublimatkompressen appliciert. Aber auch diese Methode liess wieder am ehesten an den Extremitäten im Stiche. Als Erklärung für dieses auffällige Vorkommnis konnte man wohl bei der Wölfer'schen Heftpflaster-Behandlung die Schwierigkeiten mit heranziehen bei den nicht ganz auszuschliessenden Bewegungen der Extremitäten das erforderte exakte Anliegen der Streifen dauernd zu bewerkstelligen. Aber schon von Wölfer selbst wurde die Ursache mehr in der anatomischen Anordnung der Haut gesucht, indem hier den Infectionserregern die Möglichkeit gegeben ist, auch in tieferen Partien Lebensbedingungen vorzufinden. Und doch scheint mir der Hauptwert der Circumcision, die von den localen Behandlungsweisen die günstigste Aufnahme gefunden hat, gerade in der Anwendung auf die Extremitäten zu liegen. Hier kann weit entfernt vom Krankheitsheerde mit relativ kurzem Gürtel sicher im Gesunden operiert werden, während am Rumpfe der Kreis in den meisten Fällen wohl so ausgedehnt sein muss, dass wieder Intoxicationserscheinungen befürchtet werden müssen, wozu sich im Gesichte kosmetische und locale Schwierigkeiten gesellen, denn auf jeden Fall muss strenge Asepsis vorausgesetzt werden.

Wenn diese Erfolge der localen Erysipelbehandlung auch nicht derartig ermunternd sind um in jedem Falle dieselbe anzuwenden, so scheint mir doch auch der Vorschlag nicht zu billigen zu sein erst dann einen Versuch mit diesen energischeren Behandlungsmethoden zu machen, wenn das Erysipel droht immer weiter und weiter fortzuschreiten. Hier gilt es: Principiis obsta, später gewinnt jedes Verfahren so an Ausdehnung, dass der Erfolg zum mindesten zweifelhaft wird.

Der Behandlung schliesst sich ungezwungen eine kurze Besprechung der Prophylaxe an, da beide zum teil dieselben Wege verfolgen. Bei der grossen Mehrzahl der Fälle, die zerstreut hier und da vorkommen, sind wohl schwer irgend

welche Vorkehrungen zu treffen; es kann hier höchstens versucht werden die Eingangspforten des virus nach Möglichkeit zu verringern, indem allen Continuitätstrennungen der Haut besondere Berücksichtigung zu teil wird, und chronische Hautleiden wie Rhagaden, Schleimhautkatarrhe und Eczem, von denen die Rose ja auszugehen pflegt, nach Möglichkeit zu beseitigen sind. Die verschiedensten Massnahmen sind durch die in Krankenhäusern besonders früher häufig auftretenden Epi- und Endemieen von Wundrose hervorgerufen worden; machtlos stand man der Thatsache gegenüber, dass in manchen Betten und Säälen immer und immer wieder Wundrose auftrat, bis auch hier die Bakterienforschung Wandel geschaffen hat. Welche Mittel da anzuwenden sind, ist bis jetzt noch Sache der praktischen, klinischen Erfahrung: grösste Reinlichkeit, möglichst weit ausgedehnte A- und Antisepsis. Wenn man die Möglichkeit offen lässt, dass auch durch die Luft mittelst der Schuppen eine Verbreitung des Contagiums stattfinden kann, so empfiehlt sich auch hier wieder die einfache Salbenbehandlung ev. mit Ichthyol, die ein Fortreissen durch den Luftzug verhindert. Wie weit eine Isolierung möglich ist, wird von den jeweiligen Umständen abhängen, in den wenigsten Fällen wird es möglich und nötig sein „nicht einfach isolierte Räume im Verbande einer chirurgischen Abteilung, sondern vollkommen isolierte mit eigenem Personale“ zu beschaffen.

Ob das Studium der Immunitätsfrage, die auch hier in ihre Rechte treten würde, praktisch verwertbare Resultate erzielen wird, ist bis jetzt noch nicht abzusehen; es ist dieses ein sehr verlockendes Gebiet, das ev. imstande wäre unsere kühnsten Hoffnungen zu verwirklichen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geh. Med. Rat Prof. Dr. Schwartze für die gütige Überlassung des Materials und freundliche Durchsicht dieser Arbeit, sowie seinem I. Assistenten Herrn Dr. Grunert und Herrn Dr. Meier, Ohrenarzt in Magdeburg, für die liebenswürdige Unterstützung meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Haeser, Lehrbuch der Geschichte der Medicin
Löffler, geschichtl. Entwickl. d. Lehre von den Bakterien.
Jahresbericht über Microorganismen.
Fehleisen, die Ätiologie des Erysipels.
Bergmann, St. Petersberger Med. Wochenschrift 1887.
Archiv für klinische Chirurgie.
Volkmann, Erysipelas, Handbuch der Chirurgie v. Pitha und Billroth.
Centralblatt für Chirurgie.
Schwartze, Handbuch der Ohrenheilkunde.
Strümpell, Lehrbuch der spec. Pathologie u. Therapie.
Billroth-Winiwarter, allgem. chirurg. Pathologie und Therapie.

Lebenslauf.

Verfasser, Otto Liebe, wurde am 16 Sept. 1869 als Sohn des Gutsbesitzers W. Liebe zu Purzien geboren. Seine Schulbildung erhielt er auf den Gymnasien zu Wittenberg und Braunschweig. Nach erlangtem Reifezeugnisse auf letzterem besuchte er, um Medicin zu studieren, im Sommersemester 1890 die Universität Würzburg, zu gleicher Zeit der Militairpflicht mit der Waffe genügend; nach drei weiteren Semestern in München bestand er im Sommersemester 1892 in Kiel das Tentamen physicum. Ein Semester lag er darauf in Berlin dem Studium ob und schloss dasselbe mit drei Semestern an hiesiger Universität ab, wo er am 9. November 1894 das Examen rigorosum bestand

Während seiner Studienzeit hörte er folgende Professoren und Docenten:

Würzburg:

Decker.

München:

v. Baeyer, Goebel, Hertwig, v. Kupffer, Lommel, Rüdinger, v. Voit.

Kiel:

Brandt, Hensen, Hoppe-Seyler, Karsten, Petersen, v. Spee.

Berlin:

Litten, Schlange, Virchow, Winter.

Halle:

Ackermann, v. Bramann, Harnack, v. Hippel, Hitzig, Kaltenbach, Fehling, v. Mering, Oberst, Pott, Renk, Schwartze, Weber.

Allen diesen Herren spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Die Identitätsfrage betreffs Streptococcus erysipelatis und Streptococcus pyogenes ist als noch nicht entgültig entschieden zu betrachten.

II.

Die Anwendung der Pincette bei Extraction von Fremdkörpern aus dem Gehörgange ist streng contraindiciert.

III.

Zurückgebliebene Decidualfetzen sind keine Indication zum intrauterinen Eingriff.